DAS REHABILITATIONSSYSTEM DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND – BESTAND UND LÜCKEN SEINER INDIVIDUELLEN SEITE –

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER JURISTISCHEN DOKTORWÜRDE
DEM
FACHBEREICH RECHTSWISSENSCHAFTEN
DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT ZU MARBURG

vorgelegt von
BERND PETER
Assessor aus Übernthal

1978

Marburg 1979
Druck von citydruck in Würzburg

DAS REHABILITATIONSSYSTEM DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND – BESTAND UND LÜCKEN SEINER INDIVIDUELLEN SEITE –

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER JURISTISCHEN DOKTORWÜRDE
DEM
FACHBEREICH RECHTSWISSENSCHAFTEN
DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT ZU MARBURG

vorgelegt von
BERND PETER
Assessor aus Übernthal

Marburg 1979
Druck von citydruck in Würzburg

Als Dissertation von dem Fachbereich Rechtswissenschaften
angenommen am: 9. Februar 1978

Berichterstatter: Professor Dr. Baltzer
Mitberichterstatter: Professor Dr. Krüsselberg

Tag der mündlichen Prüfung: 13. Februar 1978

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Bernd P e t e r

Das Rehabilitationssystem der Bundesrepublik Deutschland - Bestand und Lücken seiner individuellen Seite -

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546006_0025

Gliederung

Seite

A) Vorwort 1

B) Grundlagen der Rehabilitation 7

I) Ursachen der Entwicklung 7

1) Die Industrialisierung 8
2) Fortschritte in Technik und Wissenschaft 9

II) Ausformung der Rehabilitation in den einzelnen Sozialleistungsbereichen 11

1) Die Unfallversicherung 11
2) Die Rentenversicherung 13
3) Die Krankenversicherung 16
4) Die Arbeitsverwaltung 18
5) Die Sozialhilfe 20
6) Die Kriegsopferversorgung 22

III) Motive der Rehabilitation 26

1) Das ethisch-humanitäre Grundmotiv ... 26
2) Der ökonomische Aspekt 27
3) Der arbeitsmarktpolitische Aspekt ... 29
4) Rehabilitation als neuer Impuls der Sozialpolitik 30

IV) Fragen zur Terminologie 31

1) Der Begriff der Rehabilitation 31
2) Behinderung und Rehabilitation 35
3) Habilitation und Prävention als Bestandteile der Rehabilitation 36
4) Rehabilitation und Naturalrestitution unter besonderer Berücksichtigung des Finalitätsgrundsatzes 38
5) Zusammenfassung 41

C) Die Systematik einzelner präventiver und rehabilitativer Maßnahmen 43

I) Die Prävention 43

1) Die Präventionsregelungen in Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge 44

a) Die Sozialversicherung 44

aa) Die Unfallversicherung 44

bb) Die Krankenversicherung 48

aaa) Die Säuglings- und Schwangerenvorsorge 49

bbb) Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen 51

ccc) Die Ausweitung des Krankheitsbegriffs 54

cc) Die Rentenversicherung 55

dd) Die Arbeitsverwaltung 56

b) Die Sozialhilfe 57

c) Die Kriegsopferversorgung 58

2) Entwurf einer umfassenden Systematik präventiver Maßnahmen 59

a) Prävention im sozialen Sicherungssystem der Reha-Träger 59

b) Terminologische Klärungen 60

c) Vorsorgemaßnahmen 62

aa) Umweltbezogene Vorsorge 62

bb) Vorsorge, die auf das Individuum bezogen ist 63

d) Maßnahmen der Früherkennung 64

e) Gesichtspunkte für eine Systematik der Gesundheitssicherung 66

II) Die Rehabilitation 68

1) Medizinische Leistungen 68

2) Berufsfördernde Leistungen 72

a) Bisheriger Stand bis zum Jahr 1974 72

b) Fortentwicklung durch das Gesetz zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft 77

aa) Entwicklung der Schwerbehindertengesetzgebung 77

bb) Inhalt des Gesetzes 79

cc) Spezifika und Funktion des Schwerbehindertengesetzes für die Rehabilitation 82

3) Hilfen zur allgemeinen sozialen Eingliederung 84

a) Leistungsangebot bis zur neueren Rehabilitationsgesetzgebung 84

b) Neuerungen durch die Gesetze der siebziger Jahre 89

aa) Das Gesetz über die Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten 90

aaa) Inhalt des Gesetzes 91
bbb) Auswirkungen des Gesetzes 94

bb) Das Gesetz über die Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" 96

aaa) Die Geschichte des Gesetzes 96
bbb) Aussagen des Gesetzes 98
ccc) Bewertung des Gesetzes 100

cc) Das Dritte Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes 103

aaa) Inhaltliche Neuerungen 103
bbb) Ausblick nach dem Dritten Änderungsgesetz 106

4) Ergänzende Leistungen 107

a) Bisheriger Stand bis zum Jahr 1975 107

b) Weiterentwicklung durch das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter 110

aa) Entstehungsgründe des Gesetzes 110

bb) Inhalt des Gesetzes 111
cc) Systematische Bedeutung des Gesetzes 114

5) Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation 115

a) Schwächen der Rehabilitation vor Erlaß des Gesetzes 115

aa) Die Leistungsinhalte 115
bb) Das Rehabilitationsverfahren 117

b) Die Aussagen des Gesetzes 120

aa) Motive und Hauptanliegen des Gesetzes 120
bb) Die Konstruktion des Gesetzes 122
cc) Inhalte des Gesetzes 123

aaa) Die Leistungen im Reha-Angleichungsgesetz 123
bbb) Aussagen zum Reha-Verfahren 125

dd) Auswirkungen des Gesetzes auf die einzelnen Träger 127

aaa) Reha-Angleichungsgesetz und Krankenversicherung 127
bbb) Reha-Angleichungsgesetz und Rentenversicherung 129
ccc) Reha-Angleichungsgesetz und Unfallversicherung 130
ddd) Reha-Angleichungsgesetz und Kriegsopferversorgung 130
eee) Reha-Angleichungsgesetz und Arbeitsverwaltung 131

ee) Reha-Angleichungsgesetz und Reha-System 132

6) Resümee zur Rehabilitation 134

a) Die Leistungen zur Eingliederung Behinderter 134
b) Das Eingliederungsverfahren 135
c) Die Funktion der Sozialhilfe nach Erlaß der neueren Reha-Gesetzgebung 136
d) Aufgaben für die Zukunft 140

aa) Verbesserungen für die von der Sozialversicherung und Versorgung betreuten Behinderten 140

bb) Verbesserungen für von der Sozialhilfe betreute Behinderte 145

D) S c h l u ß 154

I) Rehabilitation und Grundgesetz 154

1) Rehabilitation und Menschenwürde 154

2) Rehabilitation und Sozialstaatsprinzip 157

3) Art. 12 GG und berufliche Eingliederung 159

4) Grundrecht auf Rehabilitation 160

II) Gefahren für die persönliche Freiheit 162

1) Rehabilitation und Versorgungsstaat 162

2) Freiheit und Bindung durch die Reha-Gesetzgebung 162

III) Möglichkeiten der Freiheitssicherung 164

1) Das Mitwirkungserfordernis 164

2) Die Versagungsbestimmungen 165

3) Institutionelle Mechanismen 167

4) Der "Ombudsman" für Behinderte 170

Abkürzungsverzeichnis

In dieses Abkürzungsverzeichnis sind nur solche Abkürzungen aufgenommen, die bei Hildebert Kirchner, Abkürzungsverzeichnis der Rechtssprache, 2. Auflage, Berlin 1968 nicht aufgeführt sind oder von den dort genannten Bezeichnungen geringfügig abweichen.

AuSPol	Arbeit und Sozialpolitik
AuSR	Arbeits- und Sozialrecht
BG	Die Berufsgenossenschaft
Bl. d. Wohlfahrtspflege	Blätter der Wohlfahrtspflege
BT-Drs.	Drucksachen des Deutschen Bundestages
Deutscher Verein	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
NDV	Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
Reha	Rehabilitation
ZfdF	Zeitschrift für das Fürsorgewesen
ZSSV	Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung

Literaturverzeichnis

Abelein, Manfred	Recht auf Bildung, DÖV 1967, 375-379
Albrecht, Georg	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ZSSV 1971, 272-277
Andrée, Richard	Die Unfallverhütungsvorschriften, DB 1963, 831-834, 866-868
Arbeits- und Sozialministerium Baden-Württemberg	Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Stuttgart 1970
Arendt, Walter	Durchbruch zu einer umfassenden Gesundheitsvorsorge, Ersk 1971, 340-344
Arnold, H.	Rehabilitation und Realismus, Das öffentliche Gesundheitswesen, 1971, 253-259
Asanger, Raimund	Die rechtliche Bedeutung der Unfallverhütungsvorschriften, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung, Festschrift für Herbert Lauterbach, Berlin 1961, S. 297-312
Aurin, K.	Zur Rehabilitation geistig behinderter Jugendlicher, Die Rehabilitation 1964, 104 ff, 182 f
Aye/Bley/Göbelsmann/Gurgel/Müller/Schroeter	Sozialgesetzbuch, Sozialversicherung, Gesamtkommentar, Wiesbaden 1976
Bachof, Otto	Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates, VVdStRL 12 (1954), 37-84
Badura, Peter	Auftrag und Grenzen der Verwaltung im sozialen Rechtsstaat, DÖV 1968, 446-455
Baltzer, Johannes	Berufliche Rehabilitation Unfallgeschädigter auch nach bürgerlichem Schadensersatzsatzrecht? Versicherungsrecht 1976, 1-8
Barttlingck	Die Förderung der Reha durch die Krankenkassen, BKK 1972, 321-322

Bauer, Guntram	Der gesunde Mensch in der Zukunft - planend oder geplant ? OKK 1971, 820-823
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung	Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern, Materialien zum 1. Bayerischen Landesplan für Behinderte, München 1975
Beckmann, Friedrich	Die institutionelle Förderung der Werkstätten für Behinderte, in: Werkstatt für Behinderte, Forschungsbericht des Instituts für Sozialrecht an der Ruhr-Universität Bochum, Bochum 1972, S. 562-602
Belusa, Jürgen	Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7.8.1974 (BGBl. I S. 1881), AV 1974, 381-386
Benz, Manfred	Unfallverhütung und Haftung bei Arbeitsunfällen, BB 1974, 188-192
Bericht der Bundesregierung	über die Erfahrungen mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistungen der Krankenkassen sowie von den Krankenkassen gewährten Maßnahmen der Vorsorgehilfe, BT-Drs. VI/454
Bericht der Bundesregierung	über die Gestaltung des Verhältnisses zwischen den neuen Aufgaben der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz und den Aufgaben der Sozialversicherungsträger und anderer Sozialleistungsträger im Bereich der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (berufliche Rehabilitation)- BT-Drs. VI/1127
Bericht des Ausschusses	für Arbeit und Sozialordnung zu dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation - Drucksache 7/1237, BT-Drs. 7/2256
Bericht der Bundesregierung	über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, BT-Dr. 7/4200

Bernhardt, Rudolf	Der behinderte Mensch und das Verfassungsrecht, NDV 1967, 290-294
Bethusy-Huc, Viola von	Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Tübingen 1965
Bialonski, H.	Theoretische Grundlagen der Rehabilitation, Arbeit und Leistung 1966, 146-152
Bläsig, Wilhelm	Die Rehabilitation der Körperbehinderten, München, Basel 1967
Derselbe	Eingliederungshilfe für körperbehinderte Kinder, ZfdF 1970, 23-24
Bley	Das Funktionensystem der Sozialversicherungsbestimmungen, AV 1974, 204-220
Blume, Otto	Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe, Tübingen, 1968
Böhm, Dietrich	Die Entschädigung der Contergan-Kinder, Siegen 1973
Bogs, Harald	Chancen und Grenzen produktiver staatsentlastender Schadenverhütung bei Privat- und Sozialversicherung, in: Grundprobleme des Versicherungsrechts, Festgabe für Hans Möller, Karlsruhe 1972, S. 57-69
Derselbe	Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, Berlin 1973
Bogs, Walter u.a.	Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquête-Kommission, Stuttgart 1966
Bogs, Walter	Die Vorsorge im System des Sozialrechts, ZSR 1969, 654-663, 738-747
Derselbe	Von der Freiheit durch das Gesetz, SGb 1970, 1-4
Boll, Werner	Die umfassende Rehabilitation in die moderne Industriegesellschaft, in: Rehabilitation, Kongreßbericht Kassel 1971, Herausgeber: R.Haizmann u. G. Krokowski, Stuttgart 1972, S. 8-14

Boll, Werner	Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland, Deutsches Ärzteblatt 1973, 3324-3326
Derselbe	Rehabilitation - Eine moderne Form der Daseinsvorsorge, Soziale Sicherheit 1974, 1-3
Derselbe	Die Rehabilitation in der Bundesrepublik, Der Kompaß 1975, 117-127
Boller, Willi	Versicherungsschutz bei Unfällen von Schülern und Studenten sowie Kindern in Kindergärten, Die Sozialversicherung 1971, 97-105, 127-132
Borries, Melchios von	Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter, BKK 1975, 133-137
Braun	Zur geschichtlichen Entwicklung der Rehabilitation Behinderter in Deutschland, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 1-19
Braun, Werner	50 Jahre Hauptfürsorgestellen, ZfdF 1970, 68-71
Brackmann, Kurt	Handbuch der Sozialversicherung, Band II und III, 8. Auflage, Bonn-Bad Godesberg 1975, Stand: 44. Nachlieferung (1975)
Brockmann, Ferdinand	Die soziale Sicherung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen im Rehabilitierungsfall, Der Versorgungsbeamte 1972, 98-101
Bronisch, F.W.	Spezielle Zielsetzung bei alten Menschen, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A. Jochheim und J.F. Scholz, Stuttgart 1975, S. 21-24
Brunner, Georg	Die Problematik der sozialen Grundrechte, Tübingen 1961
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe ihrer Träger - Grundsätze, Frankfurt 1970

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Gesamtstatistik der Rehabilitation, 1971
Dieselbe	Gesamtstatistik der Rehabilitation, 1972
Dieselbe	Gesamtstatistik der Rehabilitation, 1973
Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung	Unfallverhütungsbericht '73, Bonn 1973
Derselbe	Übersicht über die soziale Sicherung, 9. Auflage, Stand: Juli 1974, Bonn 1975
Derselbe	Kurzbericht über die Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten, in: Sozialpolitische Informationen, Bonn 1975, S. 169-174
Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, (Herausgeber)	Gesundheitsförderung und Rehabilitationshilfen für Behinderte, Bonn 1971
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	Unsere Sozialversicherung, 2. Auflage, Berlin 1975
Buss, Peter	Zum Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, BG 1974, 106-112
Derselbe	Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin, zeitgemäße Unfallverhütungsvorschriften, Der Arbeitgeber 1972, 733-734
Chossy, August von	Unfallverhütung als Aufgabe der Berufsgenossenschaften, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung, Festschrift für Herbert Lauterbach, Berlin 1961, S. 253-270
Clade, Harald	Probleme der Gesundheitsvorsorge, Köln 1970
Dahlinger, E.	Entwicklungstendenzen beim Bundessozialhilfegesetz und Finanzierung des Sozialhilfeaufwandes, NDV 1971, 204-206

Dangers, Willi	Der Sicherheitsbeauftragte, BG 1973, 83-85
Dapprich	Das Verhältnis der Rehabilitationsmaßnahmen zu den Rentenleistungen nach den Rentenversicherungsneuregelungsgesetzen, Der medizinische Sachverständige 1966, 69-76
Darmstaedter, Friedrich	Der Wohlfahrtsstaat und das soziale Grundrecht, in: Philosophie und Recht, Festschrift für Carl August Emge, Wiesbaden 1960, S. 12-19
Decius, Klaus	Prävention und Rehabilitation in der gesetzlichen Kranken- und Arbeiterrentenversicherung, Köln 1966
Degen, Alois	Die Eingliederung jugendlicher Strafgefangener in Arbeit und Beruf, in: Sozialisation und Rehabilitation, herausgegeben von Gerhard Deimling, Berlin 1973, S. 119-129
Dersch/Knoll/ Schieckel/ u.a.	Kommentar zum gesamten Recht der Reichsversicherungsordnung einschließlich zwischenstaatlicher Abkommen und internationaler Übereinkommen, Band II, Wiesbaden 1967, Stand: 44. Nachlieferung (1975)
Dörner, Siegfried	Erste Erfahrungen mit der Schülerunfallversicherung, BABl 1974, 692-697
Derselbe	Schüler und Studenten unfallversichert, Ersk 1971, 159-161
Dörner, Siegfried/ Schmidt, Horst	Unfallschutz für Schüler und Studenten, Wiesbaden 1971
Dörrie, Klaus	Neuregelung in der Rehabilitation und Aspekte für die Zukunft, in: Soziale Hilfe und Rehabilitation, Schrift 255 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1975, S. 23-52
Drews, Ortrud	Zehn Jahre Eingliederungshilfe für Behinderte, ZfdF 1972, 169-171
Ebinger, Hugo	Berufliche Rehabilitation auch bei wirtschaftlicher Stagnation auf dem Arbeitsmarkt ? Mitteilungen der LVA Württemberg 1974, 118

Ehmke	Rehabilitation - Auftrag und Verpflichtung, Die Praxis 1970, 386-393
Elleser, Karl	Die Unfallverhütung, BB 1966, 168-170
Elsner, Werner	Die Steuerungsfunktion der Krankenkassen nach § 369 b Abs. 1 Nr. 3 RVO, KV 1975, 142-143
Engelmann, Reiner	Das Gesetz über Unfallversicherung für Kinder in Kindergärten, Schüler und Studenten, OKK 1971, 220-225
Engesser, Siegfried	Vorbeugende Gesundheitssicherung für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, AuSR 1971, 146-150
Entwurf eines Gesetzes	über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, BT-Drs. 7/1237
Entwurf eines Gesetzes	über die Unfallversicherung für Schüler und Studenten (Gesetzentwurf der Bundesregierung), BT-Drs. VI/1333
Entwurf eines Gesetzes	über die Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten (schriftlicher Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung), BT-Drs. VI/1644
Entwurf eines Landesgesetzes	über die Leistungen von Pflegegeld an Schwerbehinderte (Landespflegegeldgesetz - LPflGG), Gesetzentwurf der Landesregierung - Landtag Rheinland-Pfalz Drucksache 7/2727
Erhardt, Helmut	Die Hilfe für Gefährdete - eine Aufgabe der Resozialisierung, in: Hilfe für Gefährdete in der Verantwortung der Gesellschaft, Schrift 225 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1965, S. 1-18
Erman, Walter	Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 1, Sechste, neubearbeitete Auflage, München 1975
Etmer, Franz	Die wichtigsten Rechtsgrundlagen der Rehabilitation in den Sozialgesetzen, Rehabilitation, Band 2/3 der Schriftenreihe der medizinisch-pharmazeutischen Studiengesellschaft, Frankfurt 1965, S. 259-274

Fabian, Klaus	Was bedeutet nach § 39 Abs. 3 BSHG die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ? ZfdF 1968, 98-100
Fachmann, Herbert	Das neue Schwerbehindertengesetz, ZfdF 1974, 121-125
Fenge, Harald	Kausal- und Finalprinzip im Recht der sozialen Sicherheit, BABl 1970, 652-655
Fischwasser, Gerd	Die Krankenkassen als Rehabilitationsträger, BKK 1974, 205-216
Fleckenstein, Heinz	Gesundheitsvorsorge durch ärztliche Maßnahmen - Forderung der Gesellschaft und Gegenstand staatlicher Rechtsordnung, in: Recht und Staat, Festschrift für Günther Küchenhoff, Berlin 1972, S. 207-219
Forsthoff, Ernst	Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates, VVdStRL 12 (1954), 8-36
Frey, Emil	Ist die Schadensverhütung eine Aufgabe des Privatversicherers? Zs. f. d. g. VersWiss. 1968, 15-35
Führer, Hermann	Hilfe zur Betätigung, Vier Jahre Bundessozialhilfegesetz und Jugendwohlfahrtsgesetz - Wege in die Zukunft, Schrift 232 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 279-284
Gaber, Erwin	Die Schadenverhütung in der Rentenversicherung, Zs. f. d. g. VersWiss. 1968, 107-116 und AV 1968, 173-176
Geller, L.	Rehabilitation im Alter, Mitteilungen der LVA Hessen 1967, 68
Gemsjäger, Werner	Zusammenarbeit und Koordination auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation, in: Wege zur Chancengleichheit Behinderter, herausgegeben von K.A. Jochheim und M. Moleski-Müller und V. Siebrecht, Heidelberg 1974, S. 239-244
Gesetz zur	Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" (Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit) - BT-Drs. VI/2300

Gesetzentwurf der Bundesregierung über die Errichtung einer nationalen Stiftung "Hilfswerk für das behinderte Kind" - BT-Drs. VI/926

Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter - BT-Drs. 7/1992

Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD/FDP - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" - BT-Drs. 7/5121

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" - BT-Drs. 7/5062

Giese, Dieter — Gesetzliche Meldepflicht für körperlich und geistig behinderte Kinder ?
ZSR 1966, 202-216

Derselbe — Das 2. Änderungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz,
ZSSV 1969, 234-238

Derselbe — Entwicklungstendenzen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz im Hinblick auf das Reha-Angleichungsgesetz,
ZfdF 1975, 241-244

Gitter, Wolfgang — Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht, Tübingen 1969

Glombig, Eugen — Das Sozialstaatsgebot und die Behinderten,
BABl 1974, 281-285

Derselbe — Berufliche Rehabilitation, international gesehen, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 222-237

Goeken, Anna — Krankenhilfe (und vorbeugende Gesundheitshilfe sowie Erholungshilfe) und Hilfe zur Pflege und Weiterführung des Haushalts, in: Vier Jahre Bundessozialhilfegesetz und Jugendwohlfahrtsgesetz - Wege in die Zukunft, Schrift 232 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 265-274

Gottschick, Hermann/
Giese, Dieter — Das Bundessozialhilfegesetz, Kommentar, 4. Auflage, Berlin 1970

Gottwald	Gedanken zu einem Bundesgesetz über ein Pflegegeld für Blinde und hochgradig Behinderte, NDV 1971, 324-325
Graeff, Günter	Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Ersk 1974, 141-146
Grewe, Hans	Bundesstaatliches System des Grundgesetzes, DRZ 49, 349 ff.
Gridl, August	Die Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 147-160
Grieshammer, Werner	Die Praxis der Umschulung, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 250-264
Derselbe	Die Eingliederungshilfe des BSHG in der Praxis beruflicher Rehabilitation, in: Vier Jahre Bundessozialhilfegesetz und Jugendwohlfahrtsgesetz - Wege in die Zukunft, Schrift 232 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 335-344
Groß, Herbert	Zur Rehabilitation behinderter Kinder und Jugendlicher, Frankfurt 1967
Grupp, Rudolf	Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, OKK 1974, 812-819
Derselbe	Erste Erfolge einer europäischen Rehabilitationspolitik, BABl 1974, 613-617
Derselbe	Rehabilitationseinrichtungen - Bilanz der Planungen, BABl 1975, 339-344
Guha, Andreas	Pfälzischer Hoffnungsschimmer für behinderte Jugendliche, Frankfurter Rundschau vom 10. September 1975, S. 4
Haaser, Albert	Überlegungen zur Größe des Behindertenpotentials in der Bundesrepublik Deutschland, Die Rehabilitation 1972, 19-25

Haaser, Albert	Zielkonflikt und Interessengegensätze in der Werkstatt für Behinderte, NDV 1973, 122-127
Häberle, Peter	Grundrechte im Leistungsstaat, VVdStRL 30 (1972), 43-141
Häussler, Siegfried	Früherkennungsuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern bis zu 4 Jahren, OKK 1971, 464-476
Derselbe	Die Früherkennung von Krankheiten, in: Gesundheit in Freiheit und Solidarität, Bonn 1975, S. 56-63
Hagemeister, U.	Lernen und Lernhilfen bei behinderten Kindern und Jugendlichen, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A. Jochheim und J.F. Scholz, Stuttgart 1975, S. 71-87
Halhuber, Carola	Aufgaben und Möglichkeiten des Müttergenesungswerkes aus ärztlicher Sicht, OKK 1975, 920-923
Hamann, Andreas/ Lenz, Helmut	Das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949, Kommentar, 3. Auflage, Berlin 1970
Heidrich, Paul	Unfallheilverfahren in der kassenärztlichen Versorgung, BKK 1974, 305-307
Heier, Dieter/ Winterstein, Helmut	Rehabilitation von Schwerbeschädigten in Bayern, Stuttgart 1973
Heinze, Helmut	Rentenversagung bei verweigerter Rehabilitation, RV 1966, 31-33 und AV 1965, 225-227
Hemmer, Edmund/ Steffen, Achim	Betriebsärztegesetz - Erst in Jahren voll wirksam, Ersk 1975, 96 - 99
Hering, Eugen	Die verfassungsrechtlichen Grundlagen der Sozialhilfe und ihre Grenzen, NDV 1975, 148-154
Hermann, Gisela/ Simon, Walter	Krankenhilfe nach § 37 BSHG, ZfdF 1972, 154-157
Herschel, H.	Die Praxis der beruflichen Rehabilitation, BABl 1960, 720-722
Hess, Reiner	Das Unfallheilverfahren in der kassenärztlichen Versorgung, KV 1975, 1-7

Hesse, Konrad	Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 5. Auflage, Karlsruhe 1972
Hessischer Sozialminister	Rehabilitation- Eine Aufgabe moderner Daseinsvorsorge, Wiesbaden 1971
Heuser, Hedda	Rehabilitation für Hausfrauen und Mütter ? OKK 1975, 917-920
Heußner, Hermann	Empfiehlt es sich, die soziale Sicherung für den Fall von Personenschäden, für welche die Allgemeinheit die gesteigerte Verantwortung trägt, neu zu regeln ? Verhandlungen des 49. Deutschen Juristentages, Sitzungsprotokolle, Band 2, S. P 11-40
Hippke, H.	Ärztliche Vorsorge- und Fürsorgeuntersuchungen in der Bundeswehr heute und morgen, Wehrmedizinische Monatsschrift 1974, 1-6
Hirrlinger, Walter	Entwicklung und Rechtsnatur der Kriegsopferansprüche, Die Sozialordnung der Gegenwart 1970, 79-92
Hofrichter, Manfred	Grundgedanken der beruflichen Rehabilitation von Behinderten, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 93-106
Derselbe	Bedeutung der Rehabilitation für die Industriegesellschaft, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A. Jochheim und J.F.Scholz, Stuttgart 1975, S. 8-13
Holler, Albert	Vorsorge in der gesetzlichen Rentenversicherung, Soziale Sicherheit 1969, 176-178
Hoppe, Werner	Berufliche Rehabilitation nach dem Arbeitsförderungsgesetz, NDV 1971, 31-39
Derselbe	Zuschüsse an Arbeitgeber nach dem AFG, DB 1972, 2398-2403
Derselbe	Die Bundesanstalt für Arbeit als Rehabilitationsträger, Soziale Arbeit 1976, 49-60 und SV 1975, 169-175
Derselbe	Die berufsfördernden Rehabilitationsleistungen der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz, SV 1975, 281-285

Hoppe, Werner	Leistungsrecht des Arbeitsförderungsgesetzes durch Rehabilitationsangleichungsgesetz und Steuerreform geändert, ZSSV 1975, 33-36; 74-76
Hülsmann, Paul	Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, in: Gesundheit in Freiheit und Solidarität, Bonn 1975, S. 64-70
Hungenberg, Hans	Sozialversicherung der Rehabilitanden, OKK 1974, 855-863
Jentschura, Günter	Bemerkungen zum Begriff Rehabilitation aus medizinischer Sicht, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A. Jochheim und J.F.Scholz, Stuttgart 1975, S. 1-4
Jochheim, Kurt-Alphons	Grundlagen der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1958
Derselbe	Rehabilitation - Auftrag und Verpflichtung, Die Praxis 1970, 157-162
Derselbe	Wodurch kann die Gesellschaft das Leben Behinderter in der Familie erleichtern ? Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1969/70, Heidelberg 1970, S. 113-117
Jochheim, Kurt-Alphons/ Scholz, Josef Franz (Herausgeber)	Rehabilitation, Band 1, Gesetzliche Grundlagen, Methoden und Maßnahmen, Stuttgart 1975
Jochheim, Kurt-Alphons	Zielsetzung der Rehabilitation - Möglichkeiten und Grenzen, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A.Jochheim und J.F. Scholz, Stuttgart 1975, S. 14-17
Jung, Karl	Das Programm zur Förderung überregionaler Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, BABl 1969, 251-259
Derselbe	Berufliche Rehabilitation nach dem Arbeitsförderungsgesetz, BABl 1969, 341-345
Derselbe	Das neue Schwerbehindertengesetz, BABl 1974, 177-188
Derselbe	Grundgedanken zum Rehabilitations-Angleichungsgesetz, OKK 1974, 792-798

Jung, Karl	Vom Schwerbeschädigtengesetz zum Schwerbehindertengesetz, DB 1974, 919-922
Derselbe	Das Rehabilitationsangleichungsgesetz, BABl 1974, 441-445
Derselbe	Neuregelungen in der Rehabilitation und Aspekte für die Zukunft, in: Soziale Hilfe und Rehabilitation, Schrift 255 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1975, S. 4-22
Derselbe	Das Problem der "Werkstatt für Behinderte", NDV 1975, 1-12
Derselbe	Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A.Jochheim und J.F. Scholz, Stuttgart 1975, S. 186-260
Derselbe	Einbeziehung der Sozialhilfe in das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, NDV 1975, 161-165
Jung, Karl/ Cramer, Horst	Das neue Schwerbehindertengesetz, München 1974
Jung, Karl/ Preuß, Bernhard	Rehabilitation - Die Angleichung der Leistungen - Kommentar zum Rehabilitationsangleichungsgesetz, Bonn-Bad Godesberg 1975, 2. Auflage
Kastner, Fritz	Rehabilitation - Die neue Aufgabe der Krankenversicherung, OKK 1974, 785-791
Klausing, Michael	Ist die Vorsorgemedizin zu teuer? Ärztliche Praxis 1975, 1291
Klee, Ernst	Behinderten-Report, Frankfurt 1974
Kleinhenz, Gerhard	Die Ausrichtung der Sozialpolitik auf das Arbeits- und Wirtschaftsleben als Problem einer Sozialreform, ZSR 1971, 321-337
Knopp, Anton/ Fichtner, Otto	Bundessozialhilfegesetz, Kommentar, 3. Auflage, Berlin 1974
König, Gerhard	Die Schwangerenbetreuung als Vorsorgeleistung, Ersk 1966, 208-212
Kötz, Hein	Zur Haftung bei Schulunfällen, JZ 1968, 285-288

Koetzing, Kurt	Prävention und Rehabilitation bei Berufskrankheiten, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung, Festschrift für Herbert Lauterbach, Berlin 1961, S. 237-249
Koke, Dieter	Rehabilitation und Krankenversicherung, KV 1968, 280-284
Kommentar zum Bonner Grundgesetz	bearbeiter von J. Abraham u.a., Homburg 1950, Stand: 34. Lieferung (April 1975)
Konstanty, Reinhold/ Schmidt, Alfred	Probleme der Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, Soziale Sicherheit 1974, 353-359
Dieselben	Das Leistungsrecht im Rehabilitationsangleichungsgesetz, Soziale Sicherheit 1975. 6-12,34-37
Kost, W.	Die Berufsberatung für behinderte Jugendliche, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 1974, 96-98
Kraus, Rudolf	Die Neuordnung des Schwerbehindertenrechts, NDV 1974, 281-286
Derselbe	Ziel und Wege der Eingliederung Behinderter in Arbeit und Beruf, NDV 1975, 35-40
Derselbe	Behinderte - Sicherung der Arbeitsplätze,Der Arbeitgeber 1975, 84-85
Kreutzer, Paul	Rechtsgrundlagen der Hilfe zur Pflege, in: Hilfen für Pflegebedürftige, Frankfurt 1969, S. 32-52
Kristian, Günter	Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder", ZfdF 1973, 62-65
Kruse, Udo	Betreuungs- und Beratungsdienst soll Lücke in der Gesundheitssicherung schließen, ZSR 1975, 346-353
Kugler, Horst	Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, 1. Auflage, Berlin 1974
Kulpe, Wilhelm	Aufwand und erste Ergebnisse der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung in Baden-Württemberg, DRV 1971, 108-115
Lange, Kurt	Hilfe zum Lebensunterhalt, in: Vier Jahre Bundessozialhilfegesetz und Jugendwohlfahrtsgesetz - Wege in die Zukunft, Schrift 232 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 258-264

Lange, Wolfram	Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation und seine Auswirkungen auf das Bundesversorgungsgesetz, Der Versorgungsbeamte 1974, S. 135-137
Lange	Versorgung und Rehabilitation - Leistungen des sozialen Rechtsstaates für Wehrdienstbeschädigte, Der Versorgungsbeamte 1975, 2-5
Lankau, Horst	Die Tuberkulosehilfe im Zeichen des Bundessozialhilfegesetzes, ZfdF 1972, 171-180
Lauterbach, Herbert	Zentralinstitut für Rehabilitation? in: Sozialenquête und Sozialrecht, Festschrift für Walter Bogs, Wiesbaden 1967, S. 65-74
Lauterbach, Herbert	Gesetzliche Unfallversicherung, 3. Auflage, Band III, Stuttgart 1963, Stand: Juli 1972
Licht, Herbert	Gesetzentwurf für ein Schwerbehindertengesetz, Soziale Arbeit 1973, 291-297
Liebing, Herbert	Die Rehabilitation im Rahmen der Rentenversicherung, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 161-168
Linden, Arnulf	Vorsorgeuntersuchungen - Glück, Gefahr, Unsinn oder Ideologie? AuSPol 1974, 247-250
Löwenstein, G./ Menz, A.	Zielvorstellungen und Erfahrungen bei der Vorsorgeuntersuchung gemäß §181 RVO, Das öffentliche Gesundheitswesen 1973, 666-675
Loos, Joachim	Individual-Versicherung geistig Behinderter, Bl. d. Wohlfahrtspflege 1970, 152-155
Luber	Bundessozialhilfegesetz, Kommentar, München 1961, Stand: 1. Nov. 1974
Malitz, Dietmar	Die Blindenhilfe und ihre Entwicklung in den letzten zehn Jahren, ZfdF 1972, 180-182
Mangold, Hermann von/ Klein, Friedrich	Das Bonner Grundgesetz, Band I, Berlin, Frankfurt 1957
Marburger, Horst	Der Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung in der neueren Rechtsprechung, NDV 1973, 173-175

Marburger, Horst	Zweckmäßigkeit der Leistungsabgrenzung zwischen der Rentenversicherung und den anderen Sozialversicherungszweigen auf dem Gebiet der Rehabilitation, AV 1975, 284-288
Derselbe	Zweifelsfragen aus Anlaß des 3. Änderungsgesetzes zum Bundessozialhilfegesetz, ZfSH 1975, 68-74
Derselbe	Die Sozialversicherung der Rehabilitanden, ZfdF 1975, 62-65
Derselbe	Die Auswirkungen des Rehabilitationsangleichungsgesetzes auf die Beziehungen zwischen den einzelnen Sozialleistungsträgern, ZSSV 1975, 65-69
Marienhagen, Rolf	Das neue Schwerbehindertengesetz, BB 1974, 743-747
Martens, Wolfgang	Grundrechte im Leistungsstaat, VVdStRL 30 (1972), 7-42
Martin, Horst	Gedanken eines Arbeitgebers zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts, Soziale Arbeit 1973, 241-244
Marx, Detlev	Aspekte einer aktiven Sozialpolitik, in: Zur Problematik der Sozialinvestitionen, herausgegeben von Horst Sanmann, Berlin 1970, S. 45-56
Materialien zum Bericht	der Bundesregierung zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, BT-Drs. 7/4201
Maunz, Theodor	Deutsches Staatsrecht, 18. Auflage, München 1971
Maunz, Theodor/ Dürig, Günter/ Herzog, Roman	Grundgesetz, Kommentar, 3. Auflage, München 1973, Stand: 4. Lieferung zur 3. Auflage
Mayer, Elmar	Die Pflicht der Arbeitgeber zur Beschäftigung Schwerbeschädigter, München 1971
Meinrenken, H.	Die ärztliche Schwangerenbetreuung und ihre Beziehung zu frühkindlichen Hirnschäden, in: Die Prophylaxe frühkindlicher Hirnschäden, herausgegeben von Reiner Elert und Karl Arno Hüter, Stuttgart 1966, S. 35-39

Menger, Christian Friedrich	Der Begriff des sozialen Rechtsstaats im Bonner Grundgesetz, Tübingen 1953
Menzel, Eberhard	Die Sozialstaatlichkeit als Verfassungsprinzip in der Bundesrepublik, DÖV 1972, 537-546
Meurer, Anne	Die soziale Sicherung von Behinderten in Anstalten, BABl 1973, 76-80
Meurer, Anne	Stichtag 1. Juli, BABl 1975, 335-339
Meurer, Anne	Wege zur Sozialversicherung für alle Behinderte, ZSR 1975, 21-28
Meurer, Anne	Zur sozialen Sicherung der Behinderten in der BRD, ZSR 1973, 65-87
Meurer, Anne	Neuordnung notwendig, BABl 1975, 165-167
Meyer-Felsburg, Armin	Die soziale Sicherung der Behinderten während der Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz, AV 1974, 474-484
Ministerium für Soziales und Gesundheit und Sport in Rheinland-Pfalz	Landesplan für behinderte Menschen, Mainz 1975
Möller, Hans	Die Verhütung der Gefahrverwirklichung und des Schadens im Versicherungsvertragsrecht, 1. Teil, Zs. f. d. g. Verswiss. 1968, 59-81
Moleski-Müller, M.	Soziale Hilfe, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A. Jochheim und J.F. Scholz, Stuttgart 1975, S. 164-171
Molitor, Bruno	Kausal- und Finalprinzip, in: Sozialpolitik und Sozialreform, herausgegeben von Erik Boettcher, Tübingen 1957, S. 245-254
Münch, Ingo von (Herausgeber)	Besonderes Verwaltungsrecht, 2. Auflage, Bad Homburg, Berlin, Zürich 1970
Münch, Ingo von (Herausgeber)	Grundgesetz - Kommentar, Band 1, Frankfurt 1974
Musa, Wilhelm	Die Koordination der Rehabilitation, Soziale Sicherheit 1968, 289-291

Nachtrag	zum Kriegs- und Wehrdienstbericht 1969, zu BT-Drs. VI/81
Najda, Horst	Hilfe zur Weiterführung des Haushalts - Hilfe ohne Probleme ? ZfdF 1972, 197-198
Nell-Breuning, Oswald von	Zur Zielproblematik von Sozialinvestitionen, in: Zur Problematik der Sozialinvestitionen, herausgegeben von Horst Sanmann, Berlin 1970, S. 57-68
Nelles,	Koordination der Rehabilitation, ZSR 1970, 323-340
Nesker, Herbert	Rehabilitation im Bereich der Sozialhilfe, Der Arbeitgeber 1970, 859-860
Neubert, Kurt	Sonderfürsorge im Rahmen der Kriegsopferfürsorge, Soziale Sicherheit 1967, 45-47
Neubert, Kurt/ Becker, Kurt	Schwerbehindertengesetz, Handkommentar für die Praxis, München 1974
Noeske, Horst	Die Maßnahmen der Berufsgenossenschaften auf dem Gebiet des Heilverfahrens und der Berufsfürsorge, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung, Festschrift für Herbert Lauterbach, Berlin 1961, S. 189-211
Noeske, Horst/ Trachte, Helmut	Vorbeugende Maßnahmen der Unfallversicherungsträger bei Berufskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Übergangsgeldleistungen, BG 1970, 107-113
Nolte, Josef	Unfallversicherung für Studenten, Schüler und Kinder, KV 1971, 67-70
Oel-Monat, Anneliese	Aufgabe der Sozialhilfe bei der Eingliederung von Kindern und Jugendlichen, in: Die Fürsorge im sozialen Rechtsstaat, Gesamtbericht über den 66. Deutschen Fürsorgetag 1969 in Essen, Frankfurt 1970, S. 379-386
Oel-Monat, Anneliese	Aufgabe der Sozialhilfe in der Rehabilitation, in: Sozialhilfe und Rehabilitation, Schrift 255 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1975, S. 53-63

Oestreicher, Ernst	Was bringt die erste BSHG-Novelle 1974 Neues im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen ? ZfSH 1974, 193-200
Oldiges, Josef	Einstellung der Versicherten zur Krebsfrüherkennung, BABl 1973, 374-379
Ort, Gustav	Die Altenhilfe nach dem BSHG, ZfdF 1972, 201-205
Ortlepp, Hanns-Peter	Das Angleichungsgesetz zur Rehabilitation aus der Sicht der Arbeitgeber, KV 1974, 241-244
Pattberg, Werner	Früherkennungsuntersuchungen bei Herz- und Kreislauferkrankungen im Modellversuch bei Betriebskrankenkassen, BKK 1974, 125-128
Pawliska, Günter	Rehabilitation und Rentenversagung, AV 1965, 68-71
Perl	Vorbeugende und nachgehende Hilfe im BSHG, ZfSH 1971, 15-16
Peters, Horst	Handbuch der Krankenversicherung, Teil 2, 17. Auflage, Stuttgart 1970, Stand: 34. Nachtrag
Petersen, Käthe	Hilfen für Gefährdete, Frankfurt 1968
Petersen, Käthe	Die Eingliederungshilfe für Behinderte, Frankfurt 1970
Petersen, Käthe	Eingliederungshilfe für Behinderte, NDV 1974, 124-127
Petersen, Käthe	Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, NDV 1974, 129-131
Petersen, Käthe	Altenhilfe, NDV 1974, 131-132
Picard, Ernst	Die Änderungen des Leistungsrechts der Krankenversicherung durch das Rehabilitations-Angleichungsgesetz, OKK 1974, 842-851
Pickel, Harald	Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, SGb 1974, 57-59

Pflaum, Hans Joachim	Die technische Entwicklung erfordert moderne Unfallverhütungsvorschriften, BG 1968, 1-6 (Sonderheft von Mai)
Pflüger, Walter	Aufwand und Erfolg von Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung für behinderte Personen - ein wirtschaftswissenschaftlicher Beitrag zu Grundfragen der Rehabilitation, Nürnberg 1960
Prange, C.H.	Rehabilitation nach dem Bundesversorgungsgesetz, Medizinische Welt 1974, 1999-2007
Preuß, Bernhard	Die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, RV 1974, 165-170
Preuß, Bernhard	Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, OKK 1974, 799-805
Preuß, Bernhard	Rehabilitationsangleichungsgesetz - Eine erste Bilanz, BABl 1975, 330-334
Püllmann, E./ Sawusch, W./	Das Bundesversorgungsgesetz und seine Anwendung, Band III, 10. Auflage, Essen 1972, Stand: 1. Dezember 1972
Rahner, Erwin	Kosten- und Ertragsanalyse im Gesundheitswesen, Saarbrücken 1965
Randenborgh, Gesine von	Erfahrungen einer Hauptfürsorgestelle mit der beruflichen Rehabilitation ehemaliger Soldaten der Bundeswehr, Kriegsopferfürsorge und Schwerbeschädigtenrecht 1971, 1-7
Rappl, Hans	Der Arbeitsunfall, München 1972
Reuß, W./ Jantz, K.	Sozialstaatsprinzip und soziale Sicherheit, Stuttgart 1960
Ritzler, Karl	Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft,Kommentar, 3. Auflage, München 1974
Rohde, Helmut	Vorausschauende Sozialpolitik unter besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung, OKK 1970, 409-414
Rohr	Ist die Rehabilitation der Beschädigten des zweiten Weltkrieges abgeschlossen? ZSSV 1975, 305-307

Rohwer-Kahlmann, Harry	Schadenverhütung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Zs. f. d. g. Verswiss. 1968, 127-141
Ronge, Hans-Gerd	Krankenversicherungsbeiträge, Krankenhilfe, vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, NDV 1974, 123-124
Ronge, Hans-Gerd	Hilfe zur Pflege, NDV 1974, 128-129
Rosenberg, Peter	Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1975
Rüfner, Wolfgang	Empfiehlt es sich,die soziale Sicherung für den Fall von Personenschäden, für welche die Allgemeinheit eine gesteigerte Verantwortung trägt, neu zu regeln? Verhandlungen des 49. Deutschen Juristentages, Gutachten, Band 1, S. E 1-59
Rupp, Hans Heinrich	Die verfassungsrechtliche Seite des Umweltschutzes, JZ 1971, 401-404
Sagon, Helmut	Rehabilitation und Praxis - Gedanken zur praktischen Durchführung, OKK 1974, 870-875
Schäfer, Dieter	Soziale Schäden, soziale Kosten und soziale Sicherung, Berlin 1972
Schäfer, Hans	Vorsorge - Fakten und Kritik, Deutsches Ärzteblatt 1974, 88-90
Scharmann, Theodor	Die Mitwirkung des Behinderten bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, in: Sozialreform und Sozialrecht, Festschrift für Walter Bogs, Berlin 1959, S. 317-332
Scharmann, Theodor	Die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten; in: Persönlichkeit und Gesellschaft, herausgegeben von Heinz Alfred Müller und Erwin Roth, Göttingen 1966, S. 183-210
Schellhorn, Walter/ Jirasek, Hans/ Seipp, Paul	Das Bundessozialhilfegesetz, Kommentar, 8. ergänzte Auflage, Neuwied 1974
Schewe, Dieter	Die Schadenvorbeugung in der Sozialversicherung durch die Wirtschafts- und Sozialpolitik, Zs. f. d. g. Verswiss. 1968, 97-106

Schlageter, Erich	Gesundheitsvorsorge im Zuge der Krankenversicherungsreform, AuSR 1969, 127-130
Schlüsche, Helmut	Zehn Jahre Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, ZfdF 1972, 193-197
Schmidt, Alfred	Von der Krankenkasse zum Zentrum sozialer Hilfe - gewerkschaftliche Vorstellungen zur Integration der Rehabilitation in die soziale Krankenversicherung, KV 1974, 229-241
Schmidt, Klaus	Die persönlichen Rechte und Pflichten des Vertrauensmannes der Schwerbehinderten im neuen Schwerbehindertengesetz, Arbeit und Recht 1974, 75-80
Schmidt, Manfred	Eine wichtige Investition - Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, AV 1975, 64-66
Schmidt, Robert	Vorschläge zur Eingliederung Straffälliger in das Berufsleben, BABl 1974, 125-128
Schmidt, Rudolf	Die Rehabilitation - gesundheitliche und berufliche Förderung Erwerbsgeminderter in der Rentenversicherung der Angestellten, AV 1966, 119-123, 154-157, 202-204
Schmidt-Bleibtreu, Bruno/ Klein, Franz	Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 3. Auflage, Berlin 1973
Schmidtchen, Rüdiger	Zur Einrichtung von Beratungsstellen für Behinderte, Bl. d. Wohlfahrtspflege 1970, 141-143
Schnabel, Fritz	Unfallversicherung - Auch für Schüler und Studenten, Der Arbeitgeber 1970, 731-735
Scholz, Josef	Die Funktion des Arbeitsamtsarztes bei der beruflichen Rehabilitation, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, 239-249
Schriftlicher Bericht des	Ausschusses über den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) - Drucksache V/2291 - BT-Drs. V/4110

Schubert, Hartmut	Anlaß und Bedeutung der Änderung und Erweiterung des § 72 durch das Dritte Änderungsgesetz zum BSHG vom 25. März 1974, in: Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 72 des Bundessozialhilfegesetzes, Schrift 254 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1975, S. 1-10
Schürer, Hildegard	Möglichkeiten der Rehabilitation der nicht erwerbstätigen behinderten Frau, BABl 1968, 277-282
Schulz, Elfriede	Die Entwicklung der Hilfe für Gefährdete in den letzten zehn Jahren, ZfdF 1972, 198-201
Schwabe, Jürgen	Krankenversorgung und Verfassungsrecht, NJW 1969, 2274-2276
Schwartz, F.W.	Neue Krebsfrüherkennungsrichtlinien, Deutsches Ärzteblatt 1975, 722-726
Schwarzhaupt, Elisabeth	Wir können nur helfen, wenn wir die Fälle kennen, Die Welt Nr. 53 vom 4. März 1966, S. 30
Seifritz, Adalbert	Wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische Aspekte der beruflichen Rehabilitation, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, Schrift 234 des Deutschen Vereins, Frankfurt 1966, S. 169-176
Semlitsch, Argo	Der Contergan-Strafprozeß wurde eingestellt, BKK 1971, 4-6
Senhold, Albert/ Schlüsche, Helmut	50 Jahre Fürsorge und Sozialhilferecht, ZfdF 1974, 98-105
Siebeck, Theo	Aufklärung, Auskunft und Beratung im Dienste der Rehabilitation, OKK 1974, 820-828
Siegler, Hans Georg	50 Jahre Schwerbeschädigtengesetz, AuSR 1970, 106-111
Siegler, Hans Georg	Vom Schwerbeschädigten- zum Schwerbehindertenrecht, ZSSV 1974, 169-172
Siegler, Hans Georg	Der Fürsorgecharakter des Schwerbeschädigtengesetzes, AuSR 1972, 258-261
Siller, Ewald	Gedanken zum Thema "Unfallforschung", BG 1970, 185-192

Simon, Walter	Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, ZfdF 1972, 157-158
Skiba, Reinald	Unfallforschung - Notwendigkeit und zentrale Aufgabe, Arbeitsschutz 1969, 249-253
Specht, K. G./ Winterstein, H./ Seiberth, P.	Rehabilitation von Querschnittgelähmten in Bayern, Nürnberg 1971
Speck, Otto	Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder, in: Jakob Muth (Herausgeber), Sonderpädagogik 1 - Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung, Stuttgart 1973, S. 111-150
Spiegel, Der	Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören, Spiegel-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (V): Behinderte, Nr. 13 vom 22. März 1971, S. 46-70
Staudinger, I. von	Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, II. Band, Recht der Schuldverhältnisse, Teil 1 c, 10./11. neubearbeitete Auflage, Berlin 1967
Stern, Klaus	Sozialstaat, in: Evangelisches Staatslexikon, 2. Auflage, Stuttgart 1975, Spalte 2402-2413
Steuer, Walter	Gesundheitsvorsorge, Stuttgart 1971
Stiftung Rehabilitation Heidelberg	Auf dem Wege zur umfassenden Rehabilitation, Heidelberg 1974
Dieselbe	Rehabilitation muß weiterentwickelt werden, Heidelberg 1975
Stötzel, Ulrich	Die Sozialarbeit im Strafvollzug, Soziale Arbeit 1971, 465-478
Streppel, Manfred	Die neue Eingliederungshilfe-Verordnung, ZfdF 1975, 52-54
Stroebel, Hubertus	Rehabilitation der Rehabilitation, Ersk 1971, 294-299
Stroebel, Hubertus	Die Krankenkasse als neuer Rehabilitationsträger, BKK 1974, 84-88
Stroebel, Hubertus	Koordination und Kooperation in der Rehabilitation, Soziale Sicherheit 1974, 325-330

Stroebel, Hubertus	Bemerkungen zum Begriff Rehabilitation aus juristischer Sicht, in: Rehabilitation, Band 1, herausgegeben von K.A. Jochheim und J.F. Scholz, Stuttgart 1975, S. 4-7
Stroebel, Hubertus/ Gies, Georg	Die Werkstatt für Behinderte (beschützende Werkstatt), BABl 1969, 302-307
Suhr, Dieter	Rechtsstaatlichkeit und Sozialstaatlichkeit, Der Staat 1970, 67-93
Switzer, M.E.	Neue Aufgabenbereiche in der Rehabilitation, Die Rehabilitation 1970, 75-88
Täschner, Karl Ludwig	Medizinische, rechtliche und pädagogische Hilfen bei der Resozialisierung jugendlicher Drogenabhängiger, in: Sozialisation und Rehabilitation, herausgegeben von Gerhard Deimling, Berlin 1973, S. 172-190
Thiele, Otto	Schwerbehindertengesetz - Ein Jahr Erfahrung, BABl 1975, 327-330
Thimm, Walter	Soziologie - Soziologie der Behinderten - Rehabilitation, in: Soziologie der Behinderten, herausgegeben von Walter Thimm, Neuburgweiher/Karlsruhe 1972, S. 9-22
Tiedt, Günter	Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation - Teil II, DRV 1974, 295-309
Töns, Hans	Vorsorge und gesetzliche Krankenversicherung, AuSPol 1967, 364-366
Töns,Hans	Probleme des zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetzes, ZSR 1971, 201-214
Töns, Hans	Krankheitsfrüherkennung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn-Bad Godesberg 1971
Töns, Hans	Die Aufgaben der deutschen Krankenversicherung in der Rehabilitation, OKK 1972, 615-618
Töns, Hans	Das Unfallheilverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung, OKK 1974, 829-841
Trachte, Helmut	Harmonisierung der Rehabilitationsleistungen, BG 1973, 381-384

Unterrichtung durch die Bundesregierung zu	A) Bericht der Bundesregierung über die gesetzlichen Initiativen zur Verbesserung der Leistungen an Behinderte und die Errichtung von Rehabilitationsstätten B) Bericht der Bundesregierung nach § 2 Abs. 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation C) Bericht der Bundesregierung über - Maßnahmen für eine wirksame Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation - die Einbeziehung der Rehabilitationsleistungen im Bereich des öffentlichen Dienstes in den Anwendungsbereich des Rehabilitationsangleichungsgesetzes BT-Drs. 7/4535
Unterrichtung durch die Bundesregierung	Bericht über die Durchführung des Bundessozialhilfegesetzes hinsichtlich der Hilfe zur häuslichen Pflege (§ 69 BSHG) und der Hilfe für alleinstehende Elternteile mit zumindest zwei Kindern unter 16 Jahren (§ 23 II BSHG), BT-Drs. 7/4947
Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands	Das neue Kriegsopferrecht - Sechstes Anpassungsgesetz, 2. Auflage, Koblenz 1974
Vogt, Franz	Die Rechtsgrundlagen für die Rehabilitation der Behinderten, Frankfurt 1965
Vollmar, Karl	Unfallversicherungsschutz für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten, Bonn-Bad Godesberg 1972
Vollmar, Karl	Gesetzesanalogie in der Schülerunfallversicherung ? SV 1972, 73-75
Voltz, H.	Gesundheitsvorsorge für den arbeitenden Menschen, Werksärztliche Schriftenreihe der Firma Wolff KG, Bielefeld 1973, S. 1-18
Wallerath, Max	Die Harmonisierung der Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, ZSR 1971, 577-590, 648-657

Wallerath, Max	Die sozialrechtliche Stellung der in Werkstätten für Behinderte Beschäftigten, in: Werkstatt für Behinderte, Forschungsbericht des Instituts für Sozialrecht an der Ruhr-Universität Bochum, Bochum 1972, S. 300-561
Wannagat, Georg	Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, Tübingen 1965
Wannenwetsch, Eugen	Die Messung der Effektivität in der Rehabilitation, AV 1975, 229-230
Watermann, Friedrich	Die Schadenverhütung in der Unfallversicherung, Zs. f. d. g. Verswiss. 1968, 117-126
Watermann, Friedrich	Ordnungsfunktion von Kausalität und Finalität im Recht unter besonderer Berücksichtigung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung, Berlin 1970
Watermann, Friedrich	Auch in der Unfallversicherung hat sich die Gliederung bewährt, AuSPol 1974, 337-340
Watermann, Friedrich	Die gesetzliche Unfallversicherung im Spannungsfeld von Prävention und Rehabilitation, von Kausalität und Finalität, in: Soziale Sicherung und soziales Recht, Festschrift für Horst Peters, Stuttgart 1975, S. 183-202
Weber, Rolf	Schwerbehindertengesetz - Kommentar, Köln 1974, Stand: September 1975
Weber, Werner	Die verfassungsrechtlichen Grenzen sozialstaatlicher Forderungen, Der Staat 1965, 409-439
Wehlitz, Kurt	Die Altenhilfe nach dem BSHG, 3. Auflage, Frankfurt 1975
Wekel, Wolfgang	Vertragsrechtliche Auswirkungen des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes, OKK 1974, 852-854
Wendland, Marie-Elisabeth	Unfallversicherung für Schüler und Studenten, BABl 1970, 749-752
Wenig, Manfred	Was bringt das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation für die Krankenkassen ? KV 1974, 40-46

Wennberg, Klaus	Sozialversicherung Behinderter, Bl. d. Wohlfahrtspflege 1972, 244
Wennberg, Klaus	Zur Notwendigkeit einer Gesamtschau in der Rehabilitation, Bl. d. Wohlfahrtspflege 1973, 89-92
Wennberg, Klaus	Neues Behindertenrecht, Bl. d. Wohlfahrtspflege 1974, 133-134
Wertenbruch, Wilhelm	Sozialverwaltungsrecht, in: Besonderes Verwaltungsrecht, herausgegeben von Ingo von Münch, 2. Auflage, Bad Homburg, Berlin, Zürich 1970, S. 293-363
Wertenbruch, Wilhelm	Rehabilitation, in: Das neue Sozialgesetzbuch, herausgegeben von Erhard Gessler u.a., Frankfurt 1972, S. 131-143
Werba, Hans-Günter	Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, insbesondere seine Auswirkungen auf die Leistungen der Kriegsopferversorgung, Die Kriegsopferversorgung 1975, 1-11
Wickenhagen, Ernst	Rehabilitation in der Unfallversicherung, AuSPol 1967, 397-400
Wickert, Ulrich	Der Mensch als Ersatzteil, Frankfurter Hefte, Zeitschrift für Kultur und Politik 1972, S. 641-650
Widmaier, Hans Peter	Aspekte einer aktiven Sozialpolitik, in: Zur Problematik der Sozialinvestitionen, herausgegeben von Horst Sanmann, Berlin 1970, S. 9-44
Wiedemann, Elmar	Berufliche Rehabilitation und Industriegesellschaft, AuSozR 1971, 150-154
Wilke, Gerhard/ Wunderlich, Gerhard	Bundesversorgungsgesetz und Beschädigtenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz, Handkommentar, 4. überarbeitete Auflage, München 1973
Winterstein, Helmut	Zur Zielproblematik der Sozialinvestitionen, in: Zur Problematik der Sozialinvestitionen, herausgegeben von Horst Sanmann, Berlin 1970, S. 69-76
Wittmann,	Drei Jahre Schülerunfallversicherung, SGb 1974, 180-182

Wolfslast	Cost Benefit Analyse im Gesundheitswesen, Hàmburg 1968
Wülfrath, Hans	Möglichkeiten und Grenzen der Vorsorgeuntersuchungen und der Früherkennung aus der Sicht der Krankenversicherung, Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 1970, 161-167
Zacher, Hans Friedrich	Soziale Gleichheit; Zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu Gleichheitssatz und Sozialstaatsprinzip, AöR 93 (1968), 341-383
Zacher, Hans Friedrich	Sozialpolitik und Menschenrechte in der Bundesrepublik Deutschland, München 1968
Zacher, Hans Friedrich	Individuelle und soziale Sicherung gegen die Notfälle des Lebens in der sozialen Marktwirtschaft, Zs. f. d. g. Verswiss. 1973, 135-154
Zanker, Hugo	Überlegungen zur Änderung des Schwerbeschädigtenrechts, ZfSH 1971, 289-290
Zezschwitz, Friedrich von	Zum Gesetz "Hilfswerk für behinderte Kinder", FamRZ 1972, 476-480
Ziem, Helmut	Der Beschädigte und Körperbehinderte im Daseinskampf einst und jetzt, Berlin 1956
Zöllner, Detlev	Prävention und Rehabilitation, Stuttgart 1961
Zöllner, Detlev	Art und Umfang der Rehabilitationsmaßnahmen in der Bundesrepublik, BABl 1969, 259-264

A) Vorwort

I) Die ersten Bemühungen in organisierter Form, vor allem Blinden, Taubstummen und Körperbehinderten eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft zu erleichtern, gehen ausnahmslos auf private Initiativen des 19. Jahrhunderts zurück. Aus karitativer Einstellung heraus entstanden Erziehungs-, Unterrichtungs- und Bildungsanstalten vor allem für krüppelhafte Kinder[1].

Der Begriff "Rehabilitation" (Reha) wurde im Zuge dieser Entwicklung 1844 durch Ritter von Buss in seinem Buch "System der gesamten Krankenpflege nach den Werken des R.v.Girardo und nach eigenen Ansichten" eingeführt[2].

Staatliche Aktivitäten entstanden in stärkerem Umfange erst in und nach dem 1. Weltkrieg, um den zahlreichen Opfern dieser Katastrophe zu helfen. Für die gesetzliche Unfall-, Renten- und Krankenversicherung wurden Maßnahmen der Reha in der Reichsversicherungsordnung verankert. Die Kriefsopferversorgung erhielt mit dem Bundesversorgungsgesetz nach dem 2. Weltkrieg eine Grundlage zur Erbringung umfassender Eingliederungsmaßnahmen. Die Sozialhilfe wurde mit dem 1961 erlassenen Bundessozialhilfegesetz mit einem Instrument versehen, das eine allen Lebenslagen gerecht werdende fürsorgerechtliche Reha ermöglichen sollte. Schließlich erhielt die Arbeitsverwaltung in Form des Arbeitsförderungsgesetzes von 1969 vielfältige Möglichkeiten, eine erfolgreiche berufliche Eingliederung behinderter Bürger zu gewährleisten.

---

1) Dazu vor allem Braun, Zur geschichtlichen Entwicklung der Rehabilitation Behinderter in Deutschland, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S.1-19.
2) Zitiert nach Bialonski, Theoretische Grundlagen der Rehabilitation, Arbeit und Leistung 66, 146.

Damit war auf den Gebieten der Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge in jahrzehntelanger Aktivität eine Basis von Rechtsnormen zur Eingliederung Behinderter in die Gesellschaft entwickelt worden.

II) Daß diese Grundlagen allerdings manche Wünsche offenliessen und vielen Verbesserungen Raum boten, war Gegenstand langjähriger Diskussionen. Ohne hier auf die Ursachen dieser Entwicklung eingehen zu wollen, läßt sich jedenfalls feststellen, daß sich das Tempo gesetzgeberischer Aktivitäten auf dem Sektor der Reha in den siebziger Jahren erheblich beschleunigt hat. Es erging eine Fülle von Gesetzen, die das bestehende System ergänzen und abrunden sollten.

Hier sind in zeitlicher Abfolge zu nennen:

- Das Gesetz über die Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten vom 18. März 1971 - BGBl. I S. 237
- Das Gesetz über die Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" vom 17. Dezember 1971 - BGBl. I S. 2018
- Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973 - BGBl. I S. 1885
- Das dritte Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 25. März 1974 - BGBl. I S. 777
- Das Gesetz zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 29. April 1974 - BGBl. I S. 1006
- Das Gesetz zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 - BGBl. I S. 1881
- Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 - BGBl. I S. 1061

III) Gegenstand dieser Arbeit soll nun sein, die Bedeutung der neuen Gesetzes für die bisherige Reha-Systematik aufzuzeigen.

1) Zu diesem Zweck beginnt die Untersuchung mit einem abstrakt-theoretischen Teil, in dem die Grundlagen für die spätere Analyse konkreter Leistungen und Verfahren der Reha gelegt werden sollen. Einer Untersuchung auslösender Ursachen für die Entwicklung der Eingliederungsbestrebungen und deren Ausformung bei den einzelnen Sozialleistungsträgern folgen Erörterungen zu den Motiven, die hinter dieser Entwicklung standen und nach wie vor stehen. Den Abschluß des ersten Hauptteils der Arbeit bildet eine Untersuchung des Begriffes "Rehabilitation" sowie seines Verständnisses zu verwandten Fachausdrücken wie denen der "Behinderung", der "Prävention" und "Habilitation", der "Resozialisierung" oder der "Naturalrestitution".

2) Nach Erarbeitung der Grundlagen läuft die Arbeit sodann im zweiten Hauptteil zweigleisig weiter:
Obwohl Reha und Prävention vielfach Gegenstände eines einheitlichen Verfahrens der Eingliederung Behinderter in die Gesellschaft sind, sollen zum besseren Verständnis und der Klarheit halber zunächst die Präventionsmechanismen in Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge untersucht werden. Dabei werden wir zu dem Ergebnis gelangen, daß hier nur Teilbereiche gesellschaftlichen Lebens präventiv wirklich durchnormiert sind, eine geschlossene Systematik auf diesem Gebiet indessen nicht erkennbar ist. Anschließend wird ein umfassendes Modell heutiger Gesundheitssicherung entworfen, um den Stellenwert der bisher in der Sozialverwaltung entwickelten Ansätze zu beleuchten und Wege zu ihrer Weiterentwicklung aufzuzeigen.

Den Parallelabschnitt hierzu bildet eine Darstellung heute von den Sozialhilfeleistungsträgern erbrachter Reha-Leistungen. Diese Hilfen werden entsprechend der Gliederung in §§ 29 SGB - Allgemeiner Teil, 10 Reha-Angleichungsgesetz in medizinische und berufsfördernde Leistungen, Hilfen zur

allgemeinen sozialen Eingliederung sowie ergänzende Leistungen unterteilt[3].

Um die Fortentwicklung der einzelnen Maßnahmegruppen aufzuzeigen, werden im Anschluß an die Darstellung bisher erbrachter Leistungen[4] jeweils die Gesetze dargestellt, deren Schwerpunkte im Bereich der gerade erörterten Hilfeart liegen.

Den beruflichen Hilfen wird das Schwerbehindertengesetz zugeordnet, den sozialen das Schülerunfallversicherungsgesetz, das Stiftungsgesetz sowie das dritte Gesetz zur Änderung des BSHG. Das Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter wird schließlich im Zusammenhang mit den ergänzenden Maßnahmen dargestellt. Dabei war es aus Gründen der Verständlichkeit geboten, die in Aufbau und Inhalt teilweise komplizierten Gesetze zusammenhängend darzustellen. Aus diesem Grunde konnten nicht alle neuen Leistungen in die nach der getroffenen Vierteilung vorgesehenen Abschnitte eingeordnet werden. Das trifft in besonderem Maße für das Reha-Angleichungsgesetz zu, das als umfassendste Neuregelung auf dem Gebiet der Eingliederung Behinderter alle Bereiche tangiert. Da es zumindest einen Schwerpunkt auf dem Verfahrenssektor besitzt, wird es im Anschluß an eine Darstellung der überaus komplizierten Reha-Verfahrensregelung insgesamt erörtert.

Den Abschluß dieses Teiles bildet eine zusammenfassende Betrachtung der Reha-Leistungen und -Verfahren nach der neueren Gesetzgebung. Immer noch vorhandene Lücken für bestimmte Bevölkerungsgruppen werden aufgezeigt. Konkrete Vorschläge werden entwickelt, wie man auch diese Schwachstellen beseitigen kann, wie man insbesondere den in mancher Hinsicht diskriminierten Schwerstbehinderten eine dem

---

3) Dabei fehlen die sozialen Hilfen in § 10 Reha-Angleichungsgesetz, denn dieses Gesetz bezieht die Sozialhilfe als Hauptträger dieses Leistungstypus nicht ein. Zu dieser Aufgliederung und Einzelheiten der jeweiligen Hilfegruppen Bley in: Aye u.a., Sozialgesetzbuch, Sozialversicherung, Gesamtkommentar, § 29 Anm. 2 - 6.

4) In den Passagen, in denen die alte Rechtslage dargestellt wird, wird die vor Erlaß der neueren Reha-Gesetzgebung gültige Fassung der einschlägigen Rechtsnormen benutzt.

allgemeinen Reha-Niveau entsprechende Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gewährleisten kann.

Im Schlußteil werden schließlich Verbindungen zwischen Grundgesetz und Reha aufgezeigt. Die Frage, ob der behinderte Bürger ein "Grundrecht auf Reha" aus den Bestimmungen des Grundgesetzes herleiten kann, das über den Leistungsrahmen unterverfassungsrechtlicher Regelungen hinausgehende Ansprüche gewährt und eventuell aufgezeigte Lücken auffüllen könnte, soll beantwortet werden.

IV) Es sollen jedoch nicht nur die Rechte und Freiheiten behinderter Mitbürger untersucht werden, sondern auch die Gefahren, die von einem perfektionierten Reha-System für den total integrierten Rehabilitanden ausgehen. Möglichkeiten der Freiheitssicherung, die im System bereits eingebaut sind, werden ebenso beleuchtet, wie die Notwendigkeit erst noch zu schaffender Organisationen erörtert wird. Als Beispiel sei hier nur die Institution des "Ombudsmannes" oder Beauftragten für das Reha-Wesen erwähnt.

V) Mit diesem Konzept ist indessen keine umfassende Darstellung der Reha-Systematik für die siebziger Jahre beabsichtigt. Es beschränkt sich, wie schon der Untertitel der Arbeit besagt, auf die Bereiche der Sozialversicherung, der Versorgung und der Fürsorge. Diese Leistungsträger gewähren nur einen - wenn auch bedeutsamen - Ausschnitt aus der Gesamtzahl heute erbrachter Reha-Leistungen. Zu erinnern ist nur an die mannigfaltigen Hilfen (vor)schulischer Reha, die von den (Vor)schulträgern erbracht werden[5] oder an die vielen privaten Organisationen, die soziale Eingliederungshilfen vor allem im Freizeitbereich gewähren[6]

---

5) Dazu vor allem Jung, Gesetzliche Grundlagen, Rehabilitation Band 1, S. 186 (228 ff)

6) Sehr instruktiv hierzu die vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit herausgegebene Schrift "Gesundheitsförderung und Rehabilitationshilfen für Behinderte durch Freizeitprogramme".

Die hinsichtlich beruflicher Eingliederungshilfen weitgehend unentwickelte Reha im öffentlichen Dienst bleibt ebenfalls außerhalb der hier behandelten Systematik[7].

VI) Einem geschlossenen System individueller Reha-Leistungen entspricht keineswegs ein ähnlich vollständiges Bild auf der institutionellen Ebene, die wiederholt als "Achillesferse der Rehabilitation" bezeichnet wurde[8]. Viele Ansprüche können nur unzureichend oder verspätet erfüllt werden, da die personellen und sachlichen Mittel zu ihrer Erbringung fehlen. In grober Vereinfachung kann man sagen, daß einer vollendeten individuellen Anspruchskette eine weithin noch in Planung befindliche organisatorische Grundlage gegenübersteht. Die Aufarbeitung der Diskrepanz zwischen gesetzlich normierten Hoffnungen und real erfüllbaren Wünschen wird das zentrale Anliegen der Reha in den kommenden Jahren darstellen. Auch diese für ein Gesamtsystem der Reha entscheidende Frage ist Gegenstand dieser Untersuchung.

---

7) Vgl. dazu Jung, a.a.O., S. 219-222.
8) So Grupp, Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, DKK 74, 812 (818); vgl. dazu Jung, Das Programm zur Förderung überregionaler Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, BABl 69, 251-259; Dauß, Ausblicke, in: Rehabilitation, Band 1, S. 346 (349-351); Landesplan für Behinderte in Rheinland-Pfalz, S. 19, 109, 110; Grupp, Rehabilitationseinrichtungen - Bilanz der Planungen, BABl 75, 339-344; zum Zusammenhang individueller und institutioneller Reha Konstanty, Schmidt, Das Leistungsrecht im Rehabilitationsangleichungsgesetz, Soziale Sicherheit, 75, 6 ff, 34 (35).

B) Grundlagen der Rehabilitation

I) Ursachen der Reha-Entwicklung

Bis heute ist nicht bekannt, wieviele Behinderte in der Bundesrepublik leben. Das beruht zum einen auf der Tatsache, daß der Behindertenbegriff und damit die Abgrenzung des Personenkreises keineswegs geklärt ist[9], zum anderen darauf, daß es keine umfassenden statistischen Erhebungen über behinderte Bürger in unserem Staat gibt. Als letzte und wohl einzige halbwegs aussagekräftige Zusammenstellung auf diesem Gebiet gilt die Zusatzerhebung zum Mikrozensus von 1966. Darin wurden rund 125.000 Haushalte mit etwa 340.000 Personen befragt, ob ein Haushaltsmitglied körperlich oder geistig behindert oder vor dem Pensionsalter invalidisiert worden ist. Das Befragungsergebnis wurde auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet und daraus die Zahl der Behinderten mit rund 4,1 Millionen ermittelt[10].

Obwohl diese Zahl auch heute noch in vielen offiziellen Programmen und Stellungnahmen auftaucht[11], ist sie im Lauf des letzten Jahrzehnts überholt. Denn jährlich werden mindestens 45.000 behinderte Kinder geboren und ebenso viele werden durch Erkrankungen im Kindesalter zu Behinderten. Hinzu kommen etwa doppelt soviele Menschen, die Jahr für Jahr durch schicksalhafte Erkrankungen aus dem Arbeitsleben gerissen und zu einem Frührentnerdasein verurteilt werden. Abgerundet wird das Bild schließlich durch jährlich 80.000 Unfallopfer mit besonders schweren Verletzungen[12]. Es erscheint keineswegs übertrieben, wenn man davon ausgeht, daß in der Bundesrepublik heute rund 5 Millionen Behinderte leben, von denen etwa 1,8 Millionen als Frühinvaliden dem Arbeits-

---

9) Dazu Haaser, Überlegungen zur Größe des Behindertenpotentials in der Bundesrepublik Deutschland, Die Rehabilitation 72, S. 19-20.
10) Zu den Ergebnissen des Mikrozensus vgl. den Landesplan für Behinderte in Rheinland-Pfalz, S. 19; Klee, Behinderten-Report, S. 25-28.
11) Eingehend und kritisch dazu Klee, a.a.O.
12) Die Zahlen wurden entnommen: Stiftung Rehabilitation Heidelberg, Rehabilitation muß weiterentwickelt werden, S.4.

prozeß entzogen sind[13].

Nach den von der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg postulierten und als realisierbar bezeichneten Zielvorstellungen sollen nach dem Ausbau des Gesamtsystems der Reha 80 % der Behinderten beruflich voll eingegliedert werden. Die Integration wird in vielen Fällen mit einem Aufstieg im Arbeitsleben verbunden sein. Dies soll zu einem Abbau der 1,8 Millionen Frühinvaliden um ein Drittel im Verlauf von 10 Jahren führen. Die Umwandlung dieses sozial überaus kostspieligen Personenkreises zu Mitträgern des Sozialleistungssystems soll schließlich die Mittel freisetzen, um auch die nicht mehr beruflich integrierbaren Behinderten - 20 % der Gesamtzahl - angemessen fördern zu können[14].

Angesichts dieser Zukunftsvision erscheint es notwendig, die Gründe der Entwicklung aufzuzeigen, welche die Reha zu einem so zentralen Element heutiger Daseinsvorsorge aufsteigen ließen.

1) Die Industriealisierung

Nachdem um die Mitte des vorigen Jahrhunderts einzelne Persönlichkeiten in fürsorgerischem und caritativem Bemühen erste Ansätze einer Reha gefördert hatten[15], konnte diese Institution im Verlauf der letzten 50 Jahre eine führende Position im modernen System der sozialen Sicherung erringen und ist aus diesem System nicht mehr hinwegzudenken.

---

13) So auch die Stiftung Rehabilitation Heidelberg, a.a.O.; teilweise andere Zahlen nennt die Stiftung noch in "Auf dem Weg zur umfassenden Rehabilitation", S. 8; dazu auch Boll, Rehabilitation - Eine moderne Form der Daseinsvorsorge, Soziale Sicherheit 74, 1; ders., Die Rehabilitation in der Bundesrepublik, Der Kompaß 75, 117; ders., Rehabilitation in der Bundesrepublik, Dt. Ärzteblatt 73, 3324.

14) Stiftung Rehabilitation Heidelberg, Auf dem Weg zur umfassenden Rehabilitation, S. 9.

15) Braun, Zur geschichtlichen Entwicklung der Rehabilitation Behinderter in Deutschland, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 1-19 schildert die meist auf privater Initiative beruhende Entwicklung bis zum ersten Weltkrieg sowie die Gesetzgebung auf dem Reha-Sektor in der Bundesrepublik nach dem zweiten Weltkrieg.

Die Entwicklung der Eingliederungsbemühungen ging einher mit einer zunehmenden Industriealisierung der Gesellschaft[16]. Beide Faktoren stehen in einem mehr als zufälligen Zusammenhang. Indem die Großfamilie im Prozeß der Industriealisierung weitgehenden Wandlungen unterworfen und zur Kleingruppe wurde, fehlte die private Organisation, in deren Schoß Behinderte bisher geborgen waren[17]. Die Sorge für pflegebedürftige und alte Menschen wuchs auf diese Weise immer mehr staatlichen Organen zu, da die Industriegesellschaft alle verfügbaren Mitglieder des Familienverbandes in den Produktionsprozeß einzugliedern versuchte.

2) Fortschritte in Technik und Wissenschaft

Im Zuge dieser Entwicklung wuchs die Zahl der Erwerbstätigen stark an. Eigentum und Besitz verloren ihre Bedeutung als Sicherung der Lebensgrundlage. Die persönliche Arbeitskraft trat zunehmend an ihre Stelle und wurde höchstes Gut des im Erwerbsleben stehenden Bürgers.
Mit dem Bedeutungsgewinn dieses Gutes entwickelte sich das seinem Schutz dienende Institut der Reha[18]. Denn infolge zunehmender Rationalisierung und Ausweitung des Arbeitsprozesses wuchsen die Unfallhäufigkeit sowie andere Gefahren für die Gesundheit der Beschäftigten, denen mit verfeinerten Methoden der Reha und Prävention begegnet werden mußte.

---

16) Pflüger, Aufwand und Erfolg von Maßnahmen der Rehabilitation für behinderte Menschen - ein wirtschaftswissenschaftlicher Beitrag zu Grundfragen der Rehabilitation, S. 21; Heier, Winterstein, Rehabilitation von Schwerbeschädigten in Bayern, S. 9.
17) Jochheim, Wodurch kann die Gesellschaft das Leben Behinderter in der Familie erleichtern ? in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, S. 113-114; ders., Rehabilitation - Auftrag und Verpflichtung, Die Praxis 70, 157-158; Blume, Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe, S. 1.
18) Zum Bedeutungsgewinn des Erwerbslebens Zöllner, Prävention und Rehabilitation, S. 3; Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, S. 110.

Fortschritte in Technik und Medizin erlaubten eine weitere Differenzierung der Behandlungsmethoden. Sie verwandelten dadurch das Problem der Mortalität in ein solches der Invalidität[19]. Neben der Therapie erwerbsbedingter Schäden mußte sich die Medizin verstärkt um die Behandlung sogenannter Zivilisationskrankheiten bemühen, denen der streßgeplagte Mensch unseres Zeitalters zunehmend ausgesetzt ist[20]. Die Entwicklung wissenschaftlich-technischer Möglichkeiten auf der einen und bedrohlicher Erkrankungen neuer Art auf der anderen Seite ließen im Menschen ein verstärktes Sicherheitsstreben wach werden. Die Tendenz paarte sich mit einem vor allem durch die soziale Frage des 19. Jahrhunderts geweckten sozialen Denken maßgeblicher gesellschaftlicher Machtträger. Diese Synthese führte zum Ausbau des heutigen Systems sozialer Sicherung, mit dem man früher oft vernichtende Schicksalsschläge einer sozialen Kontrolle zu unterwerfen versuchte.

Zwar trugen außergewöhnliche historische Ereignisse wie die beiden Weltkriege zu einer beschleunigten Entwicklung rehabilitativer Ansätze bei[21]. Der Anstoß zum Ausbau des Reha-Systems ging von diesen Vorkommnissen trotz ihrer großen Verletztenzahl nicht aus.

Als auslösender Faktor muß der Industrialisierungsprozeß mit all seinen Folgen wissenschaftlich-technischer Art betrachtet werden. Da dieser noch keinesfalls abgeschlossen ist, wird er die Gesellschaft auch in Zukunft vor immer neue Aufgaben stellen. Davon wird das Gebiet der Reha nicht ausgespart bleiben. Infolgedessen erscheint eine Weiterentwicklung in der von der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg angedeuteten Richtung nicht nur denkbar, sondern wahrscheinlich.

---

19) Heier, Winterstein, a.a.O., S. 9; Scharmann, Die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten, in: Persönlichkeit und Gesellschaft, S. 183.
20) Pflüger, a.a.O., S. 22; Heier, Winterstein, a.a.O., S. 9; Wannagat, a.a.O., S. 110.
21) Pflüger, a.a.O., S. 21.

Die Reha muß und wird mit der gesellschaftlichen Entwicklung gehen, da nur eine verstärkt sozialinvestive Politik den Bestand heutiger sozialer Sicherung zu garantieren vermag. Eine mehr konsumptive Ausrichtung der Leistungen muß früher oder später an die finanziellen Grenzen des Sozialstaates stoßen[22].

II) Ausformung der Reha in den einzelnen Sozialleistungsbereichen

Die angedeutete Entwicklung der Reha vollzog sich maßgeblich im System der sozialen Sicherung, das durch die historisch entstandene Dreiteilung in Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge charakterisiert ist. Ihre heutige Form hat die Eingliederung Behinderter maßgeblich durch die Aktivitäten der gesetzlichen Unfall-, Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung als Träger der Sozialversicherung, mit Hilfe der Sozialhilfe als Element der Fürsorge sowie der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge gewonnen.

All diese Sozialleistungsträger dienen zwar dem einen Ziel, den Behinderten in die Gesellschaft zurückzuführen. Sie bedienen sich dabei jedoch unterschiedlicher Mittel, betreuen in Zusammensetzung und Umfang andersartige Bevölkerungskreise, besitzen verschiedene Traditionen auf dem Gebiet der Reha und fordern durchweg andere Voraussetzungen zur Erbringung ihrer Leistungen.

1) Die Unfallversicherung

Der Charakter der sozialen Unfallversicherung als Ablösung der privatrechtlichen Unternehmerhaftung gegenüber den Arbeitnehmern durch Schaffung eines autonomen öffentlichrechtlichen, dem Genossenschaftsgedanken verpflichteten Leistungssystems[23] ermöglichte ein sehr persönliches und versicherten-

---

22) Dazu auf S.30, 31.

23) Vogt, Die Rechtsgrundlagen für die Rehabilitation der Behinderten, S. 39; Watermann, Die Schadenverhütung in der Unfallversicherung, Zs. f. d. g. Vers. Wiss. 68, 117; ders., Die gesetzliche Unfallversicherung im Spannungsfeld von Prävention und Rehabilitation, von Kausalität und Finalität, Festschrift für Peters, S. 183 (184-185) behandelt ursprüngliche und heute hinzutretende

Forts. nächste Seite

nahes Tätigwerden der einzelnen Unfallversicherungsträger. Dies wirkte sich wiederum positiv auf die Arbeit im Bereich von Reha und Prävention aus. Das gesetzlich noch nicht bis ins Detail normierte Gebiet des Sozialrechts bot den Selbstverwaltungsträgern ein Feld zu schöpferischer Eigengestaltung[24], welches für das Gebiet der Unfallversicherung schon frühzeitig und sehr erfolgreich genutzt wurde. Sie erarbeiteten sich eine Führungsposition, leisteten jahrzehntelang Pionierarbeit, die vom Gesetzgeber oft erst nachträglich sanktioniert wurde, und wirkten befruchtend auf die übrigen Versicherungsträger[25].

Der vom Reha-Angleichungsgesetz erstmals formulierte Grundsatz "Reha vor Rente" [26] wurde zuerst in der Praxis der Unfallversicherungsträger Realität, bevor ihr Jahrzehnte später die anderen Organisationen folgten[27].

Das wahre Verständnis berufsgenossenschaftlicher Integrationsversuche erfordert einen Hinweis auf deren betont ideelle Motivation. Während beispielsweise die Rentenversicherung früher nur rehabilitierte, um Renten einzusparen[28], und dieser Aspekt auch heute noch von großer Bedeutung ist, kann man in der Unfallversicherung von einem Grundsatz "Reha trotz Rente" sprechen. Denn auch bei gelungener Reha wird in vielen Fälle eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt[29]. Eine finanzielle Entlastung tritt für andere Träger ein, indem etwa die Rentenversicherung Zahlungen erspart, die sie frühinvaliden Arbeitsopfern hätte zahlen müssen[30].

Aspekte der Sonderstellung der gesetzlichen Unfallversicherung.

24) H.Bogs, Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, S. 13 spricht insoweit vom "eigentlichen Bewährungsfeld der sozialen Selbstverwaltung"; vgl. auch Noeske, Die Maßnahmen der Berufsgenossenschaften auf dem Gebiet des Heilverfahrens und der Berufsfürsorge, Festschrift für Lauterbach, S. 189; Jung, a.a.O., S. 198.

25) Lauterbach, Gesetzliche Unfallversicherung, S. 86; Noeske, a.a.O., S. 202.

26) § 7 Reha-Angleichungsgesetz - BGBl. 1974 I S. 1881.

27) Noeske, a.a.O., S. 193.

28) Vergleiche dazu die Literatur in Fußnote 39.

29) Die in Fußnote 32 genannten 85.161 Reha-Fälle der Unfallversicherung für 1971 wurden beispielsweise alle durch eine Rente des Reha-Trägers entschädigt.

30) Gridl, Die Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 147 (156-157).

Die Bedeutung der Unfallversicherung für die Reha läßt sich heute durch die Zahl der etwa 2,5 Millionen Arbeitsunfälle jährlich erhellen, von denen 1oo.ooo zur Berentung führen und 6000 bis 7000 mit dem Tode des Verletzten enden. Damit erleidet nahezu jeder zehnte Beschäftigte pro Jahr einen Arbeitsunfall, woraus für die Gesamtwirtschaft ein Schaden in Höhe von 10 Milliarden Mark jährlich entsteht[31]. Glücklicherweise benötigt nur ein Bruchteil der Unfallopfer wegen der Schwere ihrer Verletzungen Eingliederungshilfen[32].

Indem die Risikoversicherung für den "Arbeitsunfall" stark ausgedehnt wurde und immer neue Personenkreise in den Schutz der sozialen Unfallversicherung einbezogen wurden, erfaßt sie heute nahezu alle Werktätigen[33]. Ohne die am 18. März 1971 vom Schülerunfallversicherungsgesetz einbezogenen Gruppen können heute 31 Millionen Menschen die Reha-Leistungen der Unfallversicherung beanspruchen[34].

2) Die Rentenversicherung

Ziel der Reha in der gesetzlichen Rentenversicherung ist es, die infolge einer körperlichen oder geistigen Schwächung gefährdete oder beeinträchtigte Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten, wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen.

---

31) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Unfallverhütungsbericht 1973, S. 171.
32) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gesamtstatistik der Rehabilitation 1971, S. 33 weist 85.161 Reha-Fälle mit anschließendem Rentenbezug aus; für 1972 und 1973 weisen die entsprechenden Statistiken fast die gleichen Zahlen aus (jeweils S. 33).
33) Gitter, Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht, S. 79 nennt einen Anteil von 95 %.
34) Näheres zum Versichertenkreis bei Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Unsere Sozialversicherung, S. 48-49; Wannagat, a.a.O., S. 36; Vogt, a.a.O., S. 40; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Übersicht über die soziale Sicherung, S. 182-184.

§ 1236 I RVO stellt zu diesem Zweck zu erbringende Leistungen, anders als die Unfallversicherung, ins Ermessen des Versicherungsträgers. Der hier eingeräumte Spielraum vermag jedoch den im Zuge der Rentenreform eingeführten Grundsatz "Reha vor Rente" nicht anzutasten. Erscheint eine Reha erfolgversprechend, so muß die Rentenversicherung rehabilitieren. Sie kann den Behinderten dann nicht auf eine Rente verweisen[35]. Die vorwiegend mit finanziellen und praktischen Argumenten begründete gesetzgeberische Lösung unterliegt gerechtfertigter Kritik, die auf die unterschiedliche Gesetzeslage der übrigen Reha-Träger verweist, obwohl sie im Grunde die gleichen Probleme zu lösen haben wie die Rentenversicherung[36].

Im Vergleich zur Unfallversicherung besitzt die Reha der Rentenversicherung eine weniger bedeutende Tradition. Das Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversorgung vom 22. Juni 1889[37] sah noch kein eigenes Heilverfahren der Rentenversicherung vor. Dieser Sozialleistungsträger durfte allenfalls hilfsweise für die nicht krankenversicherten Erwerbstätigen mit seinem Heilverfahren einspringen. Nur langsam löste sich die Rentenversicherung aus ihrer Abhängigkeit. Sie konnte nunmehr jedermann ihre Gesundungshilfen anbieten, sogar Invalide versorgen, wenn zu erwarten stand, daß der Rentenempfänger wieder ins Erwerbsleben einzugliedern war[38].

Diese Entwicklung hielt jedoch an dem Grundsatz fest, daß es primäre Aufgabe der Rentenversicherung sei, die vorzeitig aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen finanziell zu sichern. Die Einleitung von Heilverfahren war nur unter

---

35) Dazu Dapprich, Das Verhältnis der Rehabilitationsmaßnahmen zu den Rentenleistungen nach den Rentenversicherungsneuregelungsgesetzen, Der medizinische Sachverständige 66, 69.

36) Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 664 p; Schmidt, Die Rehabilitation, AV 64, 119 (123); Vogt, a.a.O., S. 48.

37) RGBl. I S. 87.

38) Zur geschichtlichen Entwicklung Liebing, Die Rehabilitation im Rahmen der Rentenversicherung, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 161 (163 ff); Gaber, Die Schadensverhütung in der Rentenversicherung, AV 68, 173-174; Schmidt, a.a.O., S. 120-122.

dem Aspekt einer Renteneinsparung erwägenswert[39]. Eine entscheidende Veränderung dieser Motivation erbrachte erst die Rentenreform von 1957. Schon optisch wurde der nunmehr auch für die Rentenversicherung geltende Vorrang der Reha vor Rente durch die gesetzgeberische Plazierung der Eingliederungs- vor den Rentenbestimmungen deutlich. Ausgehend von der Tatsache, daß durch erhöhte Anforderungen im Arbeitsleben und durch kriegsbedingte Substanzverluste die Erwerbsfähigkeit vieler Arbeitnehmer erheblich gefährdet war, gestaltete der Gesetzgeber die Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit völlig neu. Neben der Ausweitung des bisherigen Heilverfahrens wurden zusätzlich Maßnahmen der Berufsförderung und der sozialen Betreuung eingeführt, womit den Trägern der Rentenversicherung die Möglichkeit einer frühzeitigen Bekämpfung von Gesundheitsstörungen gegeben war[40]. Gleichzeitig traten die zunächst dominierenden wirtschaftlichen Gesichtspunkte etwas in den Hintergrund, wenn auch heute der Aspekt der Renteneinsparung noch von großer Bedeutung ist[41].

Unter diesen Voraussetzungen entwickelte sich die gesetzliche Rentenversicherung zum zahlenmäßig bedeutendsten Reha-Träger. Von 726.376 im Jahr 1971 stieg die Zahl ihrer Rehabilitanden für 1972 auf 768.065 und betrug 827.913 für den Zeitraum 1973[42]. Damit erreichte sie fast das zehnfache Volumen der Unfallversicherung, was keineswegs zu einer Abwertung anderer Reha-Träger verleiten darf, die sich sowohl in ihrer Rehabilitandenstruktur als auch in den qualitativen Anforderungen im Einzelfall unterscheiden[43].

---

39) Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 3, S. 664 q; Gaber, a.a.O., S. 173; Dersch u.a., RVO-Gesamtkommentar, § 1236 Anm. 3; Pawliska, Rehabilitation und Rentenversagung, AV 65, 68; Decius, Prävention und Rehabilitation in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, S. 13.

40) Brackmann, a.a.O., Band 2, S. 664 m; a; Vogt, a.a.O. S. 47.

41) Brackmann, a.a.O.; Dersch u.a., a.a.O.

42) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gesamtstatistik der Rehabilitation 1971, dieselbe 1972, dieselbe 1973 jeweils S. 33.

43) Die so ermittelten Zahlen sind mit Vorsicht zu betrachten. Von den 2,5 - 3 Millionen Unfällen, die in den Bereich der Unfallversicherung fallen, wurden nur die berenteten Fälle in der Reha-Statistik verwertet, vgl. S. 9, 33 der jeweiligen Statistiken.

Der Kreis der aus der Rentenversicherung Reha-Berechtigten setzt sich aus freiwillig und Pflicht-Versicherten zusammen. Zu den Pflichtversicherten rechnen in erster Linie alle Arbeiter und Angestellten, auch soweit sie sich noch in der Lehre befinden. Nur eine kleine Gruppe Selbständiger und arbeitnehmerähnlicher Personen gehören zum Versichertenkreis. Seit dem 19. Oktober 1972 haben jedoch alle Selbständigen das Recht, sich freiwillig in der gesetzlichen Rentenversicherung zu versichern, so daß die Rentenversicherung immer mehr den Charakter einer Volksversicherung gewinnt[44].

Die Rentenversicherung der Arbeiter hatte 1973 etwa 15,9 Millionen pflichtversicherte Mitglieder, die der Angestellten rund 10,2 Millionen und die knappschaftliche Rentenversicherung 316.000. Der Bestand an freiwillig Versicherten betrug in der Arbeiterrentenversicherung nach Schätzungen 3,3 Millionen Personen, in der Rentenversicherung der Angestellten etwa 2,4 Millionen. Damit gehören über 32 Millionen Menschen heute der Rentenversicherung an[45], die nahezu vollständig deren Reha-Leistungen in Anspruch nehmen können[46].

3) Die Krankenversicherung

Die soziale Krankenversicherung ist heute der Zweig im sozialen Sicherungssystem, der nahezu die gesamte Bevölkerung einbezieht. In der Bundesrepublik unterstehen 89 % aller Bürger als Versicherte oder mitversicherte Familienangehörige dem Schutz der sozialen Krankenversicherung. Nach dem Mikrozensus von 1971 hatten zudem 5,2 Millionen eine private Krankenversicherung abgeschlossen, darunter 1,3 Millionen Beamte, und 0,9 Millionen waren auf sonstige Weise gegen Krankheit geschützt. Insgesamt besaßen 99,1% der Bevölkerung Krankenversicherungsschutz[47].

---

44) Zum Versichertenkreis Jung, a.a.O., S. 201-202; Vogt, a.a.O., S. 54; Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Unsere Sozialversicherung, S. 58, 80 ff; im Gesetz vergleiche §§ 1227 ff RVO.
45) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Übersicht über die soziale Sicherung, S. 58-59.
46) Zur Abgrenzung des Kreises Schmidt, a.a.O., S. 154.
47) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 151, 155, 156; ältere Zahlen bei Brackmann, a.a.O., S. 302 a und Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, S. 36.

Der Mitgliederbestand der sozialen Krankenversicherung setzt sich aus freiwilligen und Pflichtmitgliedern zusammen. Versicherungspflichtig sind Arbeiter und Angestellte, Rentner, Arbeitslose, land- und forstwirtschaftliche Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie einige kleinere Gruppen von Selbständigen. Den Angestellten und Unternehmern, deren Verdienst eine bestimmte Grenze überschreitet, bleibt der Eintritt in die Versicherung freigestellt[48]. Insgesamt 89% der Mitglieder unterliegen der Versicherungspflicht[49].

Die diesem umfassenden Personenkreis zustehenden Leistungen der Krankenversicherung sind indessen nicht in erster Linie Maßnahmen der Reha, da es nicht Aufgabe der Krankenversicherung ist, durch schwerwiegende Verletzungen oder langwierige Erkrankungen in ihrer Gemeinschaftsfähigkeit beeinträchtigte Personen wieder einzugliedern. Sie will vielmehr gegen kurzfristige Leiden helfen, die regelmäßig nicht zu einer Behinderung beim Patienten führen und überläßt die Betreuung des eingehend rehabilitationsbedürftigen Personenkreises anderen Sozialleistungsträgern[50].

Wenn auch der Behinderungsbegriff durchaus als Bestandteil des Krankheitsbegriffes aufzufassen ist[51], so läßt sich diese Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung doch an der Palette ihrer Leistungen ablesen, die zwar alle für die medizinische Reha erforderlichen Maßnahmen enthält,

---

48) Einzelheiten zum Kreis der Versicherten enthalten §§ 165-178 RVO; dazu Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Unsere Sozialversicherung, S. 36-39; Vogt, a.a.O., S. 34; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 156-161.

49) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 155, wonach in dieser Zahl 27 % Rentner, 2 % Landwirte und 1 % Arbeitslose enthalten sind.

50) Töns, Die Aufgaben der deutschen Krankenversicherung in der Rehabilitation, OKK 72, 615; Vogt, a.a.O., S. 35-36; Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (192).

51) Wannagat, a.a.O., S. 257; Elsner, Die Steuerungsfunktion der Krankenkassen nach § 369 b I RVO, KV 75, 142 (143).

aber doch einige, gerade für Behinderte oft schwerwiegende Einschränkungen im Leistungskatalog vorsieht. Für größere Heilmittel und Hilfsmittel sind nur Zuschüsse vorgesehen - §§ 193, 187 Nr. 3 RVO. Die Gewährung von Hilfsmittel gegen Verunstaltungen und Verkrüppelungen erfolgt nur in restriktiver Weise[52]. Dennoch besitzen die Leistungen der Krankenversicherung einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert im Gesamtgefüge der Reha.

4) Die Arbeitsverwaltung

Ihre zentrale gesetzliche Grundlage findet die Arbeitsverwaltung in dem am 1.7.1969 in Kraft getretenen Arbeitsförderungsgesetz. Es löst das bis dahin geltende Gesetz über die Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung aus dem Jahr 1927 ab[53].

Maßnahmen beruflicher Reha waren keine neue Erfindung des AFG, wenn sie auch im AVAVG nur beiläufig Beachtung fanden[54]. Das AFG erkannte die Eingliederung Behinderter als bedeutsames Anliegen des Gesetzes und als wichtige Aufgabe der Bundesanstalt für Arbeit an - §§ 2 Nr. 4, 3 II Nr. 4 - und widmete ihr einen eigenen Unterabschnitt[55]. In Ausführung des Gesetzes erging die A-Reha, die in Form einer Satzung den Bereich beruflicher Reha zusammenfassend und abschließend regelt.[56]

---

52) Vogt, a.a.O., S. 38-39; Kastner, Rehabilitation - Die neue Aufgabe der Krankenversicherung, OKK 74, 785.

53) Zum AFG - BGBl. 69 I S. 582; zum AVAVG - RGBl. 27 I S. 187.

54) Vgl. § 39 III AVAVG, der diese Regelung enthielt. Zu den trotz spärlicher gesetzlicher Regelung beachtlichen Aktivitäten der Arbeitsverwaltung unter dem AVAVG Vogt, a.a.O., S. 64 ff; Etmer, Die wichtigsten Rechtsgrundlagen der Rehabilitation in den Sozialgesetzen, Rehabilitation, Band 2/3 der Schriftenreihe der med.-pharmazeutischen Studiengesellschaft, S. 259 (266 ff).

55) §§ 56-62 des Sechsten Unterabschnittes "Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (berufliche Rehabilitation)" des Zweiten Abschnittes "Beschäftigung und Arbeitsmarkt" im AFG.

56) Anordnung des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter vom 2. Juli 1970 - BT-Drs. VI/1127.
Näheres zu Charakter und Bedeutung der A-Reha bei Hoppe, Berufliche Rehabilitation nach dem Arbeitsförderungsgesetz, NDV 71, 31 (33 ff); Bericht der Bundesregierung zur beruflichen Rehabilitation, BT-Drs. VI/1127, S. 3.

Der Bedeutungszuwachs der Reha schlägt sich in der Zahl von der Bundesanstalt betreuter Rehabilitanden nieder. Sie dürfte mittlerweile die Grenze von 100.000 Personen im Jahr 1974 überschritten haben, denen die Arbeitsverwaltung als allein zuständiger Träger Maßnahmen beruflicher Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung gewährt[57].

Der Kreis der Anspruchssteller setzt sich vorwiegend aus jugendlichen Rehabilitanden zusammen, deren erstmalige Einführung ins Berufsleben die Bundesanstalt als zentrale Aufgabe ihrer Reha-Arbeit entwickelt hat[58].

Daneben wird die Arbeitsverwaltung in zahlreichen Fällen beratend und unterstützend von anderen Trägern beigezogen, um ihnen ihre speziellen, für Aufgaben beruflicher Reha ausgebildeten Dienste zur Verfügung zu stellen[59].

Das AFG bezieht als erste Reha-Regelung die Bevölkerung umfassend in die Eingliederungsbemühungen ein. Es beschränkt den Kreis der Anspruchsberechtigten nicht nach dem Versicherungsprinzip. Der Bedarfsgrundsatz der Fürsorge erhält eine untergeordnete, Alter, Geschlecht oder Nationalität erlangen keine Bedeutung[60]. Allein entscheidend bleibt, ob die Person körperlich oder geistig beziehungsweise seelisch behindert ist und ihre Chance, eingegliedert zu werden oder zu bleiben, dauerhaft und wesentlich gemindert wird[61].

---

57) Vgl. die Zahlen für die Jahre 1971 bis 1973, die von 77.198 über 92.967 auf 99.922 gestiegen sind, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gesamtstatistik der Rehabilitation 1971, S. 33; dieselbe für 1972 und für 1973, jeweils S. 33.

58) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, a.a.O., S. 10.

59) Die Anzahl dieser Fälle wird ebenfalls auf S. 33 der jeweiligen Jahresstatistik ausgewiesen: 1971 - 12.114, 1972 - 14.319, 1973 - 15.659; dazu Hoppe, a.a.O., S. 32; Jung, Berufliche Rehabilitation nach dem Arbeitsförderungsgesetz, BABl 69, 341 (342); BT-Drs. VI/1127, S. 3.

60) Zum Kreis der anspruchsberechtigten Ausländer § 13 A-Reha.

61) So §§ 56 AFG, 2 I A-Reha; die in § 3 A-Reha aufgestellten Erfordernisse der Bereitschaft und Geeignetheit des Behinderten sind zum Gelingen jeder Reha so selbstverständlich, daß sie nicht als Beschränkungen des Berechtigten gewertet werden können. Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Übersicht über die soziale Sicherung, S. 214; Hoppe, a.a.O., S. 31, 35; Jung, a.a.O., S. 341.

Der Aufgabenkreis des AFG wird erst dann verlassen, wenn der Reha-Verlauf sich vorwiegend in medizinischen und/oder heilpädagogischen Maßnahmen erschöpft und berufsfördernde Elemente in den Hintergrund treten. Damit bezieht das AFG die Förderung einer Arbeitsaufnahme in Werkstätten für Behinderte[62] grundsätzlich ein, obwohl es andererseits die Zahl der so Rehabilitierten durch unangemessen hohe Anforderungen an ihre Verdienstmöglichkeiten drastisch beschränkt[63].

5) Die Sozialhilfe

Die Sozialhilfe erhielt mit dem BSHG vom 30. Juni 1961[64] eine völlig neue Rechtsgrundlage, in der die bisher weit verstreuten Fürsorgeregelungen zusammengefaßt wurden. Das BSHG enthält in seinem Abschnitt "Hilfe für besondere Lebenslagen" eine weitgehende Regelung fürsorgerechtlicher Reha. Diese Bestimmungen prägen in eindrucksvoller Weise die Aufgabe jeder Sozialhilfe, die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Ihr Ziel wird jedenfalls dann erreicht, wenn es dem Sozialhilfeempfänger gelingt, ohne ihre Hilfe zu leben. Der Charakter der Reha im BSHG als "Hilfe zur Selbsthilfe"[65] stellt keinen speziell fürsorgerechtlichen Aspekt dar. Er gilt generell als eines ihrer tragenden Prinzipien ebenso im Bereich der Sozialversicherung und Versorgung, wenn er dort auch nicht normiert ist.

Die Sozialhilfe stellt ihre Leistungen allen Behinderten zur Verfügung, soweit sie in ihren körperlichen und geistigen Funktionen beeinträchtigt sind, ohne nach der Ursache der Schädigung oder einem Verschulden des Behinderten zu fragen[66].

---

62) Dazu §§ 3 II, 28 III, 40 IV A-Reha; zum Begriff der Werkstatt für Behinderte § 52 Schwerbehindertengesetz.
63) Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (206).
64) BGBl. I S. 815.
65) Dazu § 1 II BSHG; Luber, BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 3; Senhold, Schlüsche, 50 Jahre Fürsorge- und Sozialhilferecht, ZfdF 74, 98 (101).
66) Luber, a.a.O., § 39 Anm. 10; Knopp, Fichtner, BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 1 ff; zur Entwicklung des Kreises Anspruchsberechtigter Vogt, a.a.O., S. 73-75; näheres zum Personenkreis in §§ 1-6 EingliederungshilfeVO zu § 47 BSHG (BGBl. 64 I S. 339).

Diese Einbeziehung aller Reha-Bedürftigen heißt jedoch nicht, daß allen ein unbedingter Anspruch auf die Leistungen der Sozialhilfe eingeräumt wurde. § 39 I, II BSHG sah eine Differenzierung vor. Dem im Abs. 1 abschließend aufgeführten Personenkreis wurde ein solcher unbedingter Anspruch zuerkannt, während Abs. 2 die Versorgung des übrigen, zwar zahlenmäßig nicht bedeutsamen Teils ins Ermessen der Sozialhilfeträger stellte[67].

Eine Einschränkung des Kreises Reha-Berechtigter beinhaltet das der Fürsorge immanente Nachrangprinzip, wonach Mittel des Anspruchstellers, seiner Angehörigen oder anderer Sozialleistungsträger verwandt werden müssen, bevor eine Hilfe der Allgemeinheit aus Steuergeldern in Frage kommt[68].

Dieser Grundsatz stempelt die Sozialhilfe zum "Lückenbüßer" und Garanten im System sozialrechtlicher Leistungen, worin die Reha keine Ausnahme macht. Erst wenn bestimmte Leistungen zur Eingliederung von anderen Trägern nicht erbracht werden, tritt die Sozialhilfe in subsidiärer Zuständigkeit ein, um auch diese Eingliederungsbedürftigen zu betreuen[69].

Ihrer Auffangfunktion entspricht die Weite rehabilitativer Zielsetzung in der Sozialhilfe, denn nur ein umfassender Leistungskatalog vermag all jene zu erfassen, die durch die Maschen des durchaus nicht lückenlos geknüpften Netzes sozialer Sicherheit hindurchfallen, obwohl sie rehabilitationsbedürftig sind. § 39 III BSHG sieht die Zielsetzung fürsorgerischer Reha in der Beseitigung oder Milderung von Behinderungen, um "dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen ange-

---

67) Zu den von praktischen Erwägungen bestimmten Motiven vgl. Vogt, a.a.O., S. 75; zu den Änderungen durch das dritte Änderungsgesetz vgl. insbesondere S. 103, 104.

68) Zum Nachrangprinzip Senhold, Schlüsche, a.a.O., S. 101; Schellhorn, Jirasek, Seipp, Das BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 40, 41.

69) Jung, a.a.O., S. 222; Giese, Entwicklungstendenzen der Eingliederungshilfe im Hinblick auf das Reha-Angleichungsgesetz, ZfdF 75, 241.

messenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn wenigstens unabhängig von Pflege zu machen". Damit erlangt die Sozialhilfe einen über die berufliche Reha hinausgehenden Schwerpunkt im sozialen, allein gemeinschaftsbezogenen Bereich[70].

Daß die Sozialhilfe in ihrer spezifischen Funktion nicht nur Einzelfälle zu behandeln hat, sondern ganze Reha-Sektoren selbständig abdeckt, läßt sich aus der Zahl von jeweils über einer halben Million Menschen ablesen, die in den Jahren 1971 und 1972 Leistungen der Sozialhilfe zur Eingliederung in die Gemeinschaft bezogen[71].

6) Kriegsopferversorgung

Das Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz) vom 12. Mai 1950 schuf eine Rechtsvereinheitlichung für den Bereich der Bundesrepublik, nachdem sich in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Versorgungsgesetze entwickelt hatten, die der großen Zahl von Opfern des zweiten Weltkrieges wenigstens notdürftig zu helfen versuchten[72].

---

70) Knopp, Fichtner, a.a.O., Vorbemerkung 3 ff vor § 39; Nesker, Rehabilitation im Bereich der Sozialhilfe, Der Arbeitgeber 70, 859; Fabian, Was bedeutet nach § 39 Abs. 3 BSHG die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ? ZfdF 68, 98-100; Schellhorn, Jirasek, Seipp, a.a.O., § 39 Anm. 40, 41.

71) 1971 gab es 548.202 Empfänger von Eingliederungs-, Tuberkulose- und Blindenhilfe, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Hilfe für Gefährdete und Alte; dazu Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gesamtstatistik der Rehabilitation 1971, S. 101. Die Zahl für 1972 betrug 572.642, vgl. die entsprechende Statistik für 1972, S. 101.Die Leistungen der Krankenhilfe, der vorbeugenden Gesundheitshilfe, sowie der Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen sind darin nicht enthalten. Dazu sagen die Statistiken, a.a.O., daß diese Hilfen nochmals von fast einer halben Million Personen beansprucht wurden.

72) Zur geschichtlichen Entwicklung des Kriegsopferrechts Hirrlinger, Entwicklung und Rechtsnatur der Kriegsopferansprüche, in: Die Sozialordnung der Gegenwart 1970, S. 79 (80-82) und Ziem, Der Beschädigte und Kriegsbehinderte im Daseinskampf einst und jetzt, S. 12 ff; zur Entwicklung seit dem 1. Weltkrieg insbesondere Braun, 50 Jahre Hauptfürsorgestellen, ZfdF 70, 68-71.

Das Versorgungsprinzip wurde als tragende rechtsdogmatische Leitvorstellung zum Ausgleich der Kriegsschäden gewählt[73]. Im Gewande des BVG konzipierte man eine Regelung, die unter Rücksichtnahme auf das wirtschaftliche Potential unserer Gesellschaft einen umfassenden sozialen Ausgleich für die Mitbürger vorsah, die ihre Körperintegrität zugunsten des Staates aufgeopfert hatten. Alle durch Kriegswirren Beeinträchtigten sollten nach diesem Gesetz entweder durch Rentenleistungen oder in Form geeigneter Maßnahmen der Reha entschädigt werden, wobei der Versuch einer Wiedereingliederung der Gewährung laufender Geldzahlungen grundsätzlich vorgehen sollte[74].

Eine Gesundheitssicherung ist die Grundvoraussetzung jeder Beschädigtenversorgung. Witwen werden beim Tod des Ehegatten, Waisen beim Tod mindestens eines Elternteils und Eltern beim Tod eines Kindes als Hinterbliebene versorgungsberechtigt[75]. Die ebengenannte Schädigung muß durch ein gesetzlich genau fixiertes Ereignis verursacht werden, das in unmittelbarem Zusammenhang mit militärischen oder militärähnlichen Dienstverrichtungen, Kriegseinwirkungen oder nachträglichen Auswirkungen kriegerischer Ereignisse gestanden hat[76].

---

73) Ausführlich zu dogmatischer Grundlage und realer Bedeutung des Versorgungsprinzips Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, S. 7 - 9.

74) Vogt, a.a.O., S. 8; Jung, a.a.O., S. 212; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Übersicht über die soziale Sicherung, S. 260.

75) Zu BT-Drs. VI/81, Nachtrag zum Kriegs- und Wehrdienstbericht 1969, S. 8-9.

76) Dazu die Kasuistik der §§ 1 - 5 BVG sowie die Generalklausel des § 6 BVG; zum Personenkreis § 7 BVG; dazu Jung, a.a.O., S. 211; Vogt, a.a.O., S. 9; Prange, Rehabilitation nach dem Bundesversorgungsgesetz, Medizinische Welt 74, 1999 - 2001.

Der Personenkreis der Versorgungsberechtigten umfaßte 1973 noch immerhin 2,4 Millionen, nachdem er zu Beginn der 50er Jahre bis auf 4,4 Millionen angestiegen war. Er wird in der Zukunft kontinuierlich abnehmen, die Zweimillionengrenze aber frühestens in den achtziger Jahren unterschreiten[77]. In dieser Zahl sind jedoch die nur ausnahmsweise behinderten Witwen, Waisen und versorgungsberechtigten Eltern enthalten, die bei Bedarf natürlich ebenfalls die Reha-Leistungen des BVG beanspruchen können, so daß man von über einer Million wahrscheinlich rehabilitationsbedürftiger Beschädigter ausgehen kann[78].

Im Zuge dieser Entwicklung wird die Zahl der Beschädigten auch abnehmen, was aber nicht heißt, daß die Institution "Kriegsopferversorgung" durch Zeitablauf überflüssig wird. Ihre Aufgaben werden sich allerdings in mehrerer Hinsicht verändern.

Für die unmittelbar Kriegsversehrten wird sich der Schwerpunkt von der Behandlung meist schwerwiegender Gliedmaßenverletzungen auf einen infolge der Alterung des Personenkreises zunehmenden Leistungsschwund verbunden mit einem Auftreten von Folgeschäden und neuen Erkrankungen verlagern müssen[79]. Maßnahmen beruflicher Reha werden von Hilfen zur Eingliederung in die soziale Gemeinschaft zunehmend verdrängt.

Schließlich erwächst der Kriegsopferversorgung ein völlig neuer Personenkreis dadurch, daß das BVG auf eine Anzahl weiterer Gesetze entsprechende Anwendung findet, um so dem

---

77) Diese Prognose erstellt Hirrlinger, a.a.O., S. 79.
78) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 258; Hirrlinger, a.a.O., S. 79; Nachtrag zum Kriegs- und Wehrdienstbericht, zu BT-Drs. VI/81, S. 11; Zahlen für 1971 und 1972 finden sich in der Gesamtstatistik für Rehabilitation, jeweils S. 115. Danach sank die Zahl der Beschädigten mit einer M d E um mindestens 30% jährlich um 30-40.000 von 1.252.069 im Jahr 1969 bis 1972 auf 1.152.683. Der Kreis weniger stark Behinderter geht aus diesen Statistiken nicht hervor, obwohl auch diese Personen unter Umständen rehabilitationsbedürftig sind.
79) Rohr, Ist die Rehabilitation der Beschädigten des 2. Weltkrieges abgeschlossen? Zs. f. Sozialhilfe 75, 303 (307); Prange, a.a.O., S. 2007; zu BT-Drs. VI/81, a.a.O., S. 33.

von diesen Gesetzen erfaßten Personenkreis ebenfalls seine Reha-Maßnahmen zur Verfügung zu stellen[80]. Die Anzahl der so Betreuten ist bisher nur von untergeordneter Bedeutung, wird aber im Laufe der Jahre immer mehr Gewicht erlangen[81]. Sie wird eine verstärkte Bemühung zur Verfeinerung speziell für diese Gruppe zugeschnittener Reha-Hilfen erfordern[82].

Diese Weiterentwicklung des BVG durch Einbeziehung neuer Gruppen steht offensichtlich erst am Anfang. Ihr potentieller Verlauf und die daraus resultierende Umstrukturierung der Kriegsopferversorgung zu einer immer größere Personenkreise erfassenden, dem Aufopferungsgedanken verhafteten Gruppenversorgung wird durch das Schlagwort vom BVG als dem "Grundgesetz der Versorgung" treffend angedeutet[83].

---

80) Es handelt sich dabei um folgende Gesetze: Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Bundesseuchengesetz, Heimkehrergesetz, Bundesgesetz zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Kriegsopferversorgung für Berechtigte im Ausland, Bundesentschädigungsgesetz; dazu im Detail Jung, a.a.O., S. 216; Vogt, a.a.O., S. 22-26.

81) 1973 handelte es sich um etwa 15.000 Personen, vorwiegend Anspruchsberechtigte aus dem Soldatenversorgungs- und dem Häftlingshilfegesetz - Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 258; seit 1969 hat sich die Zahl dieser Personen jedoch fast verdoppelt, vgl. die Zahl für 1969 in BT-Drs. VI/81, S. 11: 8000 Personen.

82) Zu den Reha-Bemühungen für Angehörige der Bundeswehr vgl. Lange, Versorgung und Rehabilitation - Leistungen des sozialen Rechtsstaates für Wehrdienstbeschädigte, Der Versorgungsbeamte 75, 2-5; Randenborgh, Erfahrungen einer Hauptfürsorgestelle mit der beruflichen Rehabilitation ehemaliger Soldaten der Bundeswehr, Kriegsopferfürsorge und Schwerbeschädigtenrecht 71, 1-7.

83) So Heußner, Empfiehlt es sich,die soziale Sicherung für den Fall von Personenschäden, für welche die Allgemeinheit die Verantwortung trägt, neu zu regeln? Verhandlungen des 49. Deutschen Juristentages, Band 2, Sitzungsberichte, S. P 11 (31 ff); vgl. auch Wilke, Wunderlich, Bundesversorgungsgesetz und Beschädigtenversorgung, S. 14; Rüfner, Empfiehlt es sich, die soziale Sicherung für den Fall von Personenschäden, für welche die Allgemeinheit eine gesteigerte Verantwortung trägt, neu zu regeln? Verhandlungen des 49. Deutschen Juristentages, Band 1, Gutachten, S. E 1 (51 ff).

III) Motive der Rehabilitation

1) Das ethisch-humanitäre Grundmotiv

Die ersten Ansätze privater Behindertenbetreuung waren getrieben von christlicher Barmherzigkeit und Nächstenliebe und als solche meist spontan und wenig organisiert. Ihr zentrales Motiv war ein ethisch-humanitäres. Dem Behinderten sollte um seiner selbst willen die optimale Chance geboten werden, wieder in die Gesellschaft zurückzukehren. Das muß auch heute noch ein Grundanliegen jeder Reha darstellen[84]. Eine solche umfassende Betrachtung wird vom Grundgesetz in seiner elementaren Entscheidung, die Würde des Menschen zu schützen und die freie Entfaltung der Persönlichkeit zu gewährleisten, geradezu gefordert. Diesem zentralen Motiv gesellen sich teils unterstützend, teils als Folgewirkung unterschiedliche Aspekte hinzu[85].

Der Wiedereintritt ins Berufsleben spielt in jeder Reha eine wichtige Rolle, denn persönliche Befriedigung und wirtschaftliche Selbständigkeit sind weitestgehend im Berufsleben erreichbar. Dies darf aber nicht dazu führen, daß die berufliche Reha verabsolutiert wird[86]. Die nicht mehr ins Arbeitsleben integrierbaren Schwerstbehinderten dürfen nicht vergessen werden[87]. Sie haben prinzipiell das gleiche Recht auf Reha, wenn sie auch allenfalls unabhängig von Pflege zu machen sind. Entscheidend ist, daß

---

84) Heier, Winterstein, Rehabilitation von Schwerbeschädigten in Bayern, S. 5, 6, die einen rollentheoretischen Ansatz zur Zielbestimmung der Reha formulieren; so auch Thimm, Soziologie - Soziologie der Behinderten - Rehabilitation, in: Soziologie der Behinderten, S. 9 (18).

85) Beckmann, Die institutionelle Förderung der Werkstatt für Behinderte, in: Werkstatt für Behinderte S. 562 (564); Pflüger, Walter, Aufwand und Erfolg von Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, S. 12.

86) So aber Scholz, Die Funktion des Arbeitsamtsarztes bei der beruflichen Rehabilitation, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 239 und Switzer, Neu Aufgabenbereiche in der Rehabilitation, Die Reha 70, 75 (88).

87) Vogt, a.a.O., S. 3-4; Boll, Die umfassende Rehabilitation in die moderne Industriegesellschaft, in: Rehabilitation, Kongreßbericht Kassel 1971, S. 8; Heier, Winterstein, a.a.O., S. 7.

der Behinderte wieder in möglichst viele der ihm von der Gesellschaft auferlegten Rollen hineinwachsen kann. Die auf das Erwerbsleben ausgerichtete Sozialpolitik darf im Bereich der Reha nicht dazu führen, daß Hausfrauen[88], Kinder und Alte[89], Süchtige und sozial Gefährdete[90] als nicht Berufstätige ausgeschlossen werden oder nur den Status minderprivilegierter Randgruppen erhalten[91].

2) Der ökonomische Aspekt

In Amerika wurde schon früh die Rentabilität unterschiedlicher Reha-Maßnahmen nicht nur erkannt, sondern exakt berechnet. Man ermittelte eine durchschnittliche Amortisationsdauer für die erbrachten Reha-Leistungen von 3 Jahren[92] und einen zehnfachen Ertrag für jeden in die Reha investierten Dollar[93]. Die Integration der Behinderten, ihre "Umwandlung" vom Sozialleistungsempfänger zum Steuerzahler wurde als das beste Geschäft der Vereinigten Staaten bezeichnet[94].

---

88) Schürer, Möglichkeiten der Rehabilitation der nicht erwerbstätigen Hausfrau, BABl 68, 277-282; Halhuber, Aufgaben und Möglichkeiten des Müttergenesungswerkes aus ärztlicher Sicht, OKK 75, 920-923; Heuser, Rehabilitation für Hausfrauen und Mütter? OKK 75, 917-920.
89) Geller, Rehabilitation im Alter, Mitt. d. LVA Hessen, 67, 68; Blume, Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe; Bronisch, Spezielle Zielsetzung bei alten Menschen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 21-24.
90) Täschner, Medizinische, rechtliche und pädagogische Hilfen bei der Resozialisierung jugendlicher Drogenabhängiger, in: Sozialisation und Rehabilitation, S. 172 (180-183); Switzer, a.a.O., S. 81; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil 2, S. 17/272.
91) Kleinhenz, Die Ausrichtung der Sozialpolitik auf das Arbeits- und Wirtschaftsleben als Problem einer Sozialreform, ZSR 71, 321 (328).
92) Jochheim, Grundlagen der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland, S. 115.
93) Der Spiegel, Nr. 13 vom 22. März 1971, Report über Behinderte, S. 46 (63); Grieshammer, Die Eingliederungshilfe des BSHG in der Praxis beruflicher Rehabilitation, in: Altenhilfe und BSHG, S. 335 (344).
94) Der Spiegel, a.a.O.

Diese Ergebnisse - ihre Aussagekraft sei hier zunächst nicht beleuchtet - sind sicher nicht auf das weitgehend staatlich organisierte und in dieser Form völlig anders konzipierte Sozialleistungssystem der Bundesrepublik übertragbar. Bei uns wurden indessen ähnliche Untersuchungen angestellt.

Jochheim ermittelte an Hand einiger Beispiele beruflicher Reha aus der Kriegsopferversorgung eine Amortisationsdauer von 3 bis 4 Jahren[95]. Specht, Winterstein und Seiberth kamen bei einer Untersuchung einer größeren Gruppe Querschnittgelähmter zum Ergebnis, daß die zur medizinischen und beruflichen Eingliederung erforderlichen Mittel nach 2,5 bis 9,5 Jahren ausgeglichen seien[96]. Heier und Winterstein ermittelten, daß die berufliche Reha Blinder und Tuberkulosekranker sich bereits nach 2 bis 5 Jahren rentiere[97]. Das etwas utopisch anmutende Ergebnis von Pflüger, der eine Kosten-Nutzen-Analyse mit der Relation von 1 : 36 für die Volkswirtschaft und von 1: 3 für den leistungspflichtigen Reha-Träger feststellte[98], wurde von Wolfslast korrigiert, der für die medizinischen Reha-Maßnahmen der Rentenversicherung einen gesamtwirtschaftlichen Rentabilitätseffekt von 1 : 3 ermittelte[99].

Eine detaillierte Kritik solcher Forschungsansätze erscheint hier überflüssig[100], da es nicht auf irgendwelche konkret ermittelten Werte ankommt. Zur Erfüllung folgender Funktionen sind die im Detail sicher kritikwürdigen Studien jedenfalls geeignet:[101]

---

95) Jochheim, a.a.O., S. 116, 117.
96) Specht, Winterstein, Seiberth, Rehabilitation von Schwerbeschädigten in Bayern, S. 212-213.
97) Heier, Winterstein, Rehabilitation von Schwerbeschädigten in Bayern, S. 212, 213.
98) Pflüger, a.a.O., S. 92, der allerdings in seiner Untersuchung nur berufliche Reha-Maßnahmen berücksichtigt.
99) Wolfslast, Cost-Benefit Analyse im Gesundheitswesen, S. 193.
100) Vgl. die jeweils von den Autoren selbst betonten Einschränkungen hinsichtlich der Aussagekraft ihrer Ergebnisse; Wolfslast, S. 127-129; Specht u.a., S. 40, 48, 49; allgemein dazu Hofrichter, Bedeutung der Rehabilitation für die Industriegesellschaft, Die Rehabilitation, Band 1, S. 8 (13).
101) Heier, Winterstein, a.a.O., S. 10; Wolfslast, a.a.O., S. 126; Wannenwetsch, Die Messung der Effektivität und der Effiziens in der Rehabilitation, AV 75, 229 (230).

Sie können die Durchführung von Reha-Maßnahmen wirtschaftlich rechtfertigen, können Vorschläge zur Verbesserung des Reha-Geschehens im Großen wie im Einzelfall unterbreiten und sind von nicht zu unterschätzendem Wert für eine Effizienzkontrolle, die angesichts der heutigen Kostenexplosion auf dem Sozialleistungssektor unabdingbar wird. Kosten-Nutzen-Analysen stellen somit wichtige Entscheidungsgrundlagen für die Gremien dar, die über weitere Investitionen in den Reha-Sektor entscheiden[102].

3) Der arbeitsmarktpolitische Aspekt

Da die Reha nicht wie die Naturalrestitution an die Wiederherstellung des "status quo ante" gebunden ist, wird sie heute verstärkt als Instrument der Arbeitsmarktpolitik eingesetzt. Durch arbeitsmarktgerechte Ausbildung der Rehabilitanden kann sie dem jeweiligen Bedarf entsprechendes Arbeitskräftepotential zur Verfügung stellen und so einer überproportionalen Arbeitslosigkeit im Behindertenkreis begegnen[103].

In Zeiten des Arbeitskräftemangels diente immer wieder die Gruppe der Behinderten als bedeutender Rekrutierungsfaktor[104], was aber nicht heißen darf, daß in Perioden der Überbeschäftigung Maßnahmen der beruflichen Reha an Bedeutung verlieren[105]. Das Gegenteil ist der Fall, denn gerade in Krisenzeiten bedürfen Behinderte besonderer Förderung, um den dann verschärften Konkurrenzkampf mit

---

102) Heier, Winterstein, a.a.O., S. 190.
103) Beckmann, a.a.O., S. 564; Seifritz, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitische Aspekte der beruflichen Rehabilitation, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 169 (173); Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, S. 122.
104) Hofrichter, Grundgedanken der beruflichen Rehabilitation in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 93 (94) sowie die Literatur in Fußnote 103.
105) Ebinger, Berufliche Rehabilitation auch bei wirtschaftlicher Stagnation auf dem Arbeitsmarkt? Mitt. d. LVA Württemberg 1974, 118; insofern stimmen die bei Schmidt, Eine wichtige Information: Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, AV 75, 64-66 mitgeteilten Zahlen optimistisch, wonach die im Rezessionsjahr 1974 ermittelten Zahlen der abgeschlossenen Reha-Fälle gegenüber dem Vorjahr immerhin um 3,1 % anstiegen.

Gesunden bestehen zu können. Wirtschaftliche Erwägungen dürfen insoweit nicht zu einem Zurückschrauben der Reha-Zielsetzung führen.

Der arbeitsmarktpolitische Aspekt führt schließlich zu einer Stabilisierung der Gesamtwirtschaft, stellt man sich beispielsweise vor, daß bei einer Eingliederungsquote aller Reha-Maßnahmen von 80% in zehn Jahren die Zahl von 200.000 Frühinvaliden in der BRD um ein Drittel gesenkt werden kann[106]. Die auf diese Weise erzielbare Erhöhung des Sozialproduktes sowie die Einsparungen an Unterstützungsleistungen vermögen einen wesentlichen Beitrag zur weiteren Förderung des sozialen Fortschritts zu leisten.

4) Rehabilitation als neuer Impuls der Sozialpolitik

Dieser Fortschritt ist heute verstärkt das Ergebnis einer neu orientierten Sozialpolitik, die ihre Aufgabe nicht mehr in einem reagierenden Beheben entstandener Notlagen, sondern in einer umfassenden, vorausschauenden Gestaltung des sozialen Sektors sieht.

Durch einen zunehmenden Einbau rehabilitativer Maßnahmen gewinnt die Sozialpolitik den für die Zukunft allein erfolgversprechenden Charakter einer Ordnungspolitik[107].

---

106) Seifritz, a.a.O., S. 173; Boll, Rehabilitation - Eine moderne Form der Daseinsvorsorge, Soziale Sicherheit 74, 1; zur Bedeutung der Reaktivierung des Behindertenpotentials für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung vergleiche die eindrucksvolle Graphik von Jochheim, Zielsetzung der Rehabilitation - Möglichkeiten und Grenzen, in: Rehabilitation, Band 1 S. 14-17, wonach Behinderte über ein Drittel des eigentlich produktiv tätigen Bevölkerungsteils bilden.

107) Winterstein, Zur Zielproblematik von Sozialinvestitionen, in: Zur Problematik der Sozialinvestitionen, S. 69 (72-73); Widmaier, Aspekte einer aktiven Sozialpolitik, ebenda, S. 12, der eine Gewichtsverlagerung von einer Sozialleistungs- zu einer Sozialinvestitionspolitik fordert; zum Charakter der Reha-Kosten als Sozialinvestitionen Marx, Aspekte einer aktiven Sozialpolitik, ebenda, S. 45 (50); Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, S. 122; Molitor, Kausal- und Finalprinzip, in: Sozialpolitik und Sozialreform, S. 245 (248); zum sozialinvestiven Charakter der Vorsorgeaufwendungen: Schewe, Die Schadenvorbeugung in der Sozialversicherung durch die Wirtschafts- und Sozialpolitik, Zs. f.d. ges. Vers.Wiss 68, 97 (105).

Sie vermag so ihre Aufgabe, die Persönlichkeitsentfaltung des Individuums zu garantieren[108], am besten zu erfüllen. Eine Expansion des Sozialleistungssystems erscheint angesichts heutiger Kostenbelastung nur in dieser Richtung denkbar. Daß dies nicht zu einer Aufgabe auch zukünftig erforderlicher Kompensationsleistungen führen kann, muß nicht besonders betont werden.

IV) Fragen zur Terminologie

1) Der Begriff der Rehabilitation

Als Ergebnis einer Meinungsumfrage stellte sich heraus, daß nur eine unbedeutende Minderheit der Bevölkerung mit dem Begriff "Reha" eine Vorstellung verbinden konnte. Unter diesen Kundigen wiederum interpretierten ihn viele nach alter Tradition als "Wiederherstellung von Ehre und Ansehen"[109].

Nicht nur der geringe Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung, sondern auch teilweise beachtliche Argumente in der wissenschaftlichen Literatur forderten eine Eindeutschung und wollten das Fremdwort "Reha" durch "Ertüchtigung und Wiederertüchtigung", durch "Sicherung oder Wiederherstellung der menschlichen Leistungsfähigkeit" ersetzen[110].

---

108) von Nell-Breuning, Zur Zielproblematik der Sozialinvestitionen, S. 57 (63).

109) Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören, Spiegel-Report über Behinderte, Der Spiegel, Nr. 13, 1971, S. 46; BT-Drs. VI/896 - Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage der CDU/CSU betreffend der Rehabilitation, S. 2.

110) Näheres zu Ursachen und Ergebnissen der Diskussion bei Vogt, a.a.O., S. 1-3.

Diese Versuche waren glücklicherweise nicht von Erfolg gekrönt, hätten sie doch mehr Probleme aufgeworfen als gelöst. Denn der Begriff "Reha" war mittlerweile zum festen Bestandteil der internationalen wissenschaftlichen Diskussion geworden und begann sich auch in Fachkreisen der Bundesrepublik durchzusetzen[111]. Nachdem selbst der Gesetzgeber sich dieses Fachausdruckes bediente[112] und er heute sogar Eingang in Gesetzestitel gefunden hat[113], erscheint jede Forderung nach Eindeutschung als antiquierte Spiegelfechterei[114].

Nach wie vor offen bleibt allerdings, welche Bedeutung dem Begriff "Reha" im einzelnen zuzumessen ist. Die Beantwortung dieser Frage hat Konsequenzen, die über nur informative oder ästhetische Betrachtungen zuvor erörterter Art weit hinausgehen. Eine restriktive Interpretation des Begriffes vermag einzelne Personengruppen aus dem Bereich der Reha auszuklammern, um sie anderen Sektoren des sozialen Sicherungssystems zuzuweisen. Angesprochen ist hier inbesondere der anschließend zu behandelnde Sektor, in dem sich Reha und Resozialisierungsmaßnahmen überschneiden. Ein solcher Ausschluß kann zu Leistungseinbußen führen, schlimmstenfalls läßt er seine Opfer durch das keinesfalls lückenlos geknüpfte "Netz sozialer Sicherung" hindurchfallen. Andererseits müssen die Erfordernisse für eine erfolgversprechende Reha beachtet werden, die einen allzu unterschiedlich strukturierten Rehabilitandenkreis nur zuläßt, wenn man die Gefahr einer Ausuferung und Wirkungslosigkeit jeglichen Rehabilitierens in Kauf nehmen will.

---

111) Vogt, a.a.O., S. 3.
112) Vgl. § 22 Schwerbehindertengesetz in der Fassung vom 4. Juli 1961 (BGBl. I S. 857).
113) Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881).
114) So wird der Begriff "Adaptation" neuerdings von Heier, Winterstein, a.a.O., S. 6 vorgeschlagen.

Berücksichtigen wir die Implikationen dieser Begriffsbildung, so erscheint es keinesfalls verwunderlich, mit welcher Vehemenz sich einzelne Interessenverbände gegen Ausweitungen oder Beschränkungen der Definition auflehnen und terminologische Fragen auf ihren hochpolitischen Kern zurückführen[115].

Im Verlaufe dieser Diskussion hat sich jedoch mittlerweile eine Definition herausgebildet, die weithin - wenn auch nicht unbestritten - akzeptiert wird und vom Gesetzgeber ebenfalls aufgegriffen wurde[116]. Danach will die Reha den Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind, und die ihre Behinderung oder deren Folgen nicht selbst überwinden können, sowie den Menschen, denen eine solche Behinderung droht, helfen, ihre Fähigkeiten zu erhalten und einen ihren Kräften entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden. Dazu gehört vor allem auch die Teilnahme am Arbeitsleben[117].

---

115) Helmut Menzel als Vertreter des VdK zur 3. Novelle des BSHG: "An dieser Stelle muß einmal ganz deutlich der mehr und mehr zu beobachtenden Tendenz entgegengetreten werden, den Begriff "Behinderte" in einer Form zu interpretieren, die den Belangen insbesondere der Körperbehinderten kraß zuwider läuft. Gemeint ist die Tatsache, daß man heutzutage als Behinderte auch Langzeitstrafgefangene, Nichtseßhafte, Drogenabhängige, sozial Gefährdete und weiß Gott was sonst noch alles bezeichnet. Damit wird das Image der Behinderten in der Bevölkerung in unverantwortlicher Weise herabgesetzt und genau das Gegenteil von dem erreicht, was eigentlich der Zweck aller gesetzlichen und sonstigen Maßnahmen zugunsten behinderter Menschen ist: die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Rehabilitation ist eine Sache, Resozialisierung wieder eine ganz andere."
Zitiert nach Rudolf Kraus, Die Neuordnung des Schwerbehindertenrechts, NDV 74, 281 (285); dazu auch Klee, Behinderten-Report, S. 99.

116) Vgl. die Bestimmungen der §§ 1 Reha-Angleichungsgesetz, 39 I BSHG mit kleinen terminologischen Abweichungen.

117) Diese Definition entspricht weitgehend der der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der Präambel ihrer Grundsätze "Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe ihrer Träger"; so auch Stroebel, Bemerkungen zum Begriff Rehabilitation aus juristischer Sicht, in: Rehabilitation, Band 1, S. 4-5.

Unverzichtbar erscheint die Beschränkung der Behinderungen auf körperliche, geistige oder seelische Mängel, die von einigen Autoren nicht akzeptiert wird, um den Behindertenbegriff offen zu lassen[118].

Andernfalls schafft man die Gefahr, daß das Reha-System in der Tat ausufert, indem irgendwelche sozialen Beeinträchtigungen, die oft nur als Vermögensschäden zu bewerten sind, integriert werden, obwohl die Abdeckung solcher Risiken den Strukturen der ursprünglichen Reha zuwiderliefe. Benachteiligungen sozialer Art, die nicht in der Person des Behinderten selbst ihre Ursache finden, muß somit außerhalb des Reha-Bereiches begegnet werden[119].

Zweifelhaft bleibt allein die Entscheidung für die Gruppen, bei denen eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung nicht ohne weiteres feststellbar ist und die auch nur zögernd in die Reha-Systematik einbezogen werden.

Wenn Wertenbruch allerdings von einem "Sperren des Gesetzgebers" diesen Gruppen der Obdachlosen und Arbeitslosen, der Armen und Asozialen gegenüber spricht, stellt er die Gesetzesinitiativen der letzten Jahre in ein falsches Licht[120]. Gerade die Novellierung der Gefährdetenhilfe im 3. Änderungsgesetz zum BSHG sowie die Regelungen des AFG erlauben heute eine Förderung potentiell behinderter Personenkreise, die den Eingliederungsbemühungen in den typischen Reha-Fällen nicht nachsteht[121].

---

118) Aurin, Zur Rehabilitation geistig behinderter Jugendlicher, Die Rehabilitation 64, 104 (107); Switzer, zitiert bei Arnold, Rehabilitation und Realismus, Das öff. Gesundheitswesen 71, 253.

119) Vogt, a.a.O., S. 6; Werba, Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, insbesondere seine Auswirkungen auf die Leistungen der Kriegsopferversorgung, KOV 75, 1 (2).

120) Rehabilitation, in: Das neue Sozialgesetzbuch, S. 131 (139).

121) Vgl. u.a. Hoppe, Förderungsrecht der BA wurde der Entwicklung angepaßt - Unterhaltsgeld nun auch für Strafgefangene in der Resozialisierung, NDV 74, 147; zur Förderung Strafgefangener nach dem AFG Degen, Die Eingliederung jugendlicher Strafgefangener in Arbeit und Beruf, in: Sozialisation und Rehabilitation, S. 119 (127 ff) und Robert Schmidt, Vorschläge zur Eingliederung Straffälliger in das Berufsleben, BABl. 74, 125-128. Zum Ineinandergreifen von Reha und Resozialisierung Stötzel, Die Sozialarbeit im Strafvollzug, Soziale Arbeit 71, 465-478; Erhardt, Die Hilfe für Gefährdete - eine Aufgabe der Resozialisierung, S. 1-18.

Deren Umsetzung in die Praxis ist nicht mehr Aufgabe der Legislative, hier muß die Verwaltung aktiv werden. Damit entfällt die bisher strikt geübte Trennung[122] zwischen den Begriffen "Reha" und "Resozialisierung" zugunsten einer funktionsgerechten Zuordnung des zu resozialisierenden Personenkreises. Die von Wertenbruch auf medizinische Fälle beschränkte Reha[123] muß auch solche Menschen erfassen, bei denen geistige oder seelische Mängel mit zu ihrer Ausgliederung aus der Gesellschaft beitragen, die somit im Rahmen sonderpädagogischer oder psychiatrischer Therapieformen rehabilitiert werden können. Nicht eine Öffnung für bisher eliminierte Behindertenzirkel, sondern die Stärkung ihrer noch immer nicht voll entwickelten Position vor allem in der Praxis gilt es zu fordern. Soweit körperliche, geistige oder seelische Faktoren den Ausgliederungsprozeß maßgebend mitbestimmen, sind die im Bereich der Reha entwickelten Behandlungsmethoden erfolgversprechend. Bei diesem Ansatz ist die Befürchtung, die Reha-Systematik verliere an Wirksamkeit, nicht begründet.

2) Behinderung und Rehabilitation

Mit der Beschränkung auf körperliche, geistige oder seelische Mängel hat man sich einem einheitlichen Behindertenbegriff jedoch keineswegs genähert. Die verschiedenen Sparten der Reha-Gesetzgebung oder Planung, ebenso die unterschiedlichen mit der Reha befaßten wissenschaftlichen Disziplinen verwenden funktionsspezifische Definitionen.

---

122) Wertenbruch, a.a.O., S. 135; Kraus, a.a.O., S. 285.
123) Wertenbruch, a.a.O., S. 135; auch Wennberg, Zur Notwendigkeit einer Gesamtschau in der Rehabilitation, Bl. d. Wohlfahrtspflege 73, 89 (91) mit Hinweis auf die Schwierigkeiten beim Abgrenzen von Reha und Resozialisierung sowie auf die Überschneidungen beider Bereiche.

Während die Rentenversicherung nur Behinderungen behandelt[124], die die Erwerbsfähigkeit gefährden, nimmt sich die Unfallversicherung der durch Arbeitsunfälle Geschädigten an[125]. Zu Planungszwecken eignet sich ein "praxisbezogener, allgemeinverbindlicher, dynamischer und auswirkungsorientierter Behindertenbegriff"[126]. Im Bereich der Wissenschaft sei ein Definitionsversuch aus dem Gebiet der Pädagogik vorgestellt, der nur jene Menschen als behindert bezeichnet, "deren Lernfähigkeit in dem Ausmaß beeinträchtigt ist, daß eine Lebensbewältigung und soziale Eingliederung wesentlich und auf Dauer beeinträchtigt, erschwert werden"[127].

Der Forderung nach einem einheitlichen Behindertenbegriff ist trotz dieser heillosen Vielfalt nicht uneingeschränkt zuzustimmen. Sicher wäre eine Bereinigung auf juristischem Gebiet sehr wünschenswert, die mit Sicherheit Auswirkungen auf die Lösung statistischer und planungsorientierter Ansätze hätte[128]. Auf Unverständnis müßte aber eine Gleichschaltung im Bereich unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen stoßen, denen so ihre Arbeitsbegriffe entzogen und weitere Beiträge aus ihrem speziellen Erkenntnisfeld erschwert würden[129].

3) Habilitation und Prävention als Bestandteil der Rehabilitation

Als Unterfall der Reha wird allgemein die Habilitation, d.h. die Ersteingliederung behinderter Menschen, die in der Regel noch Kinder oder Jugendliche sein werden, be-

---

124) Vgl. § 1236 I RVO.
125) Vgl. §§ 537, 556 RVO.
126) Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern, S. I/1; Landesplan für behinderte Menschen - Rheinland-Pfalz, S. 15-16.
127) Hagemeister, Lernen und Lernhilfen bei behinderten Kindern und Jugendlichen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 71.
128) Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (259); Haaser, Überlegungen zur Größe des Behindertenpotentials in der Bundesrepublik Deutschland, Die Rehabilitation 72, 19.
129) Auf die Gefahren einer Vereinheitlichung für die Praxis weist Meurer unter Androhung eines "Behindertenteintopfes" hin in: Neuordnung notwendig, BABl 75, 165.

trachtet[130]. Dem ist zuzustimmen, da dieser Personenkreis in seinen Behinderungen den Erwachsenen weitgehend vergleichbar ist und seine Betreuung eine Vielzahl vor allem pädagogischer Reha-Hilfen zu entwickeln half.

Aber auch die Prävention wird heute als fester Bestandteil der Reha gesehen, obwohl sie von der Eingliederung terminologisch scharf abzusetzen ist. Die Reha dient im Sozialrecht als Instrument der Wiederherstellung, während die Prävention den Eintritt eines besserungsbedürftigen Zustandes bereits verhindern will[131].

Diese juristische Begriffsbildung vermag aber den tatsächlichen Gegebenheiten nicht gerecht zu werden. So stellt sich der Krankheitsverlauf dem Mediziner als einheitlicher Prozeß dar, der nicht in eine präventive und eine rehabilitative Phase aufgespalten werden sollte[132]. Auch viele Einzelmaßnahmen haben Doppelcharakter, indem sie einerseits vorhandene Schäden beheben, andererseits auf diese Weise dem Eintritt neuer Behinderungen vorbeugen[133]. Das gemeinsame Ziel beider Instrumente - die Gesundheitssicherung der Bevölkerung - erfordert schließlich die hier vertretene begriffliche Zuordnung der Prävention als Bestandteil einer umfassenden Reha.

---

130) Vogt, a.a.O., S. 3; Wertenbruch, a.a.O., S. 134; Landesplan für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz, S. 17; Handbuch der Rehabilitation in Bayern, S. I/1; Zöllner, Prävention und Rehabilitation, S. 4.

131) Wertenbruch, a.a.O., S. 136; ders., Sozialverwaltungsrecht, in: Besonderes Verwaltungsrecht, S. 293 (341); Walter Bogs, Die Vorsorge im System des Sozialrechts, ZSR 69, 654 (655); Kugler, Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, S. 9; Koetzing, Prävention und Rehabilitation bei Berufskrankheiten, Festschrift für Lauterbach, S. 237; Stroebel, Bemerkungen zum Begriff der Rehabilitation aus juristischer Sicht, in: Rehabilitation, Band 1, S. 4 (5).

132) Wertenbruch, a.a.O., S. 136; Wennberg, Zur Notwendigkeit einer Gesamtschau in der Rehabilitation, Bl. d. Wohlfahrtspflege 73, 89 (90); zu einer differenzierten Betrachtungsweise für den Bereich von Unfällen vergleiche S. 43.

133) Bley, Das Funktionensystem der Sozialversicherungsleistungen, AV 74, 204 (206); Koetzing, a.a.O., S. 237.

4) Rehabilitation und Naturalrestitution unter besonderer Berücksichtigung des Finalitätsgrundsatzes

Immer wieder trifft man auf die Gleichsetzung der Begriffe Reha und Naturalrestitution[134], obwohl beide von unterschiedlichen Ansätzen ausgehen und zu teilweise divergierenden Ergebnissen führen. Selbst die berufliche und medizinische Reha der Unfallversicherung meint keine Naturalrestitution im Sinne des § 249 BGB, wenn sie auch die zivilrechtliche Schadensregulierung ablöst[135].

Die Naturalrestitution blickt nach Eintritt eines Schadens zurück, sie will den "status quo ante"[136] wiederherstellen. Demgegenüber schaut die Reha in die Zukunft, um optimale Bedingungen einer gesellschaftlichen Eingliederung zu ermitteln und für ihre Realisierung Sorge zu tragen. Beide Verfahrensweisen können trotz ihres einmal retrospektiven, zum anderen prospektiven Vorgehens im Einzelfall zum gleichen Ergebnis führen, wenn nämlich die Schaffung des "status quo ante" im Detail möglich ist und darin gleichzeitig die bestmögliche Zurückführung in die Gesellschaft liegt. Ein beruflicher Aufstieg muß im Bereich der Naturalrestitution jedoch am schadensersatzrechtlichen Bereicherungsverbot scheitern, das dem Geschädigten jede Besserstellung durch den Schadensfall im Interesse des Schädigers verbietet[137]. Die Rehabilitation sieht dagegen einen beruflichen Aufstieg immer dann vor, wenn nur so eine

---

134) Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 558 Q; Gitter, Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht, S. 153; Wertenbruch, a.a.O., S. 137; Heußner, Empfiehlt es sich, die soziale Sicherung für den Fall von Personenschäden, für welche die Allgemeinheit die gesteigerte Verantwortung trägt, neu zu regeln? Verhandlungen des 49. Deutschen Juristentages, Sitzungsberichte, Band 2, S. P 11 (22).

135) So aber Brackmann, Gitter und Heußner, a.a.O.

136) Rüfner, Empfiehlt es sich,die soziale Sicherung von Personenschäden, für welche die Allgemeinheit eine gesteigerte Verantwortung trägt, neu zu regeln? Verhandlungen des 49. Deutschen Juristentages, Gutachten, Band 1, S. E 1 (30-31).

137) Baltzer, Berufliche Rehabilitation Unfallgeschädigter auch nach bürgerlichem Schadensersatzrecht? Versicherungsrecht 76, 1 (7-8); Erman-Sirp, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 1, § 249 Anm. 74; Staudinger-Werner, Kommentar zum BGB, Vorbem. 102 vor § 249.

zufriedenstellende Eingliederung gelingt[138].

Teilweise verfolgt man sogar arbeitsmarktpolitische Bestrebungen unter dem Deckmantel der Reha, indem durch planvolle Ausbildung und Umschulung das Niveau der Behinderten den jeweiligen Erfordernissen des Arbeitsmarktes angepaßt wird.

Die sozialrechtliche Reha nimmt dem Geschädigten zudem die Sorge um das Vorhandensein institutioneller Voraussetzungen für eine wirksame Eingliederung ab, während im Zivilrecht - insbesondere bei Einschaltung einer Versicherung - die Schadensabgeltung monetär erfolgt und es Aufgabe des Opfers bleibt, die von § 249 BGB eigentlich normierte Naturalherstellung effektiv vorzunehmen[139].

Das System der Reha bleibt nicht in zivil- oder haftpflichtrechtlichen Kategorien befangen. Es geht nicht um den Ausgleich von Schädigungsfolgen, sondern um die Entfaltung der Persönlichkeit in der Gesellschaft[140]. Einen wesentlichen Aspekt dieser Entwicklung weg vom Haftpflichtrecht faßt man unter die zunehmend finale Orientierung des Reha-Systems. Der Finalitätsgedanke wird hier in einen Gegensatz zum Kausalitätsprinzip gebracht, beide jedoch nicht streng im juristischen[141], sondern mit sozialpolitischem Akzent gebraucht.

Während der kausale Gedanke an zurückliegende Ursachen anknüpft, um fest umrissene Aufgaben bestimmten Leistungsträgern zuzuordnen, stellt die finale Betrachtungsweise darauf ab, ob ein gegenwärtiger oder zukünftiger Bedarf besteht,

---

138) Jentschura, Rehabilitation - Bemerkungen zum Begriff Rehabilitation, in: Rehabilitation, Band 1, S. 1 (3); Stiftung Rehabilitation Heidelberg, Rehabilitation muß weiterentwickelt werden, S. 9.

139) Heußner, a.a.O., S. P 22; Rüfner, a.a.O., S. E 30-31.

140) Heier, Winterstein, Rehabilitation von Schwerbeschädigten in Bayern, S. 9-10; Zöllner, a.a.O., S. 3; Molitor, Kausal- und Finalprinzip, in: Sozialpolitik und Sozialreform, S. 245 (247); Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Überblick über die soziale Sicherung, S. 241.

141) Zur Bedeutung dieser Kategorie auf juristischem Gebiet Watermann, Ordnungsfunktion von Kausalität und Finalität im Recht, unter besonderer Berücksichtigung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung.

den es zu decken gilt[142]. Ein kausal geprägtes System gleicht idealtypisch individuelle Schäden und Notstände von Fall zu Fall aus, soweit der Schadensgrund eine eindeutige Zuordnung ermöglicht oder andere Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Es hat damit retrospektiven und im wesentlichen statischen Charakter. Das entsprechende finale System ist prospektiv ausgerichtet und fragt nach gegenwärtigen oder drohenden Notlagen, die es beseitigen will. Allein entscheidendes Kriterium für den Umfang der Hilfeleistung ist die Schwere der Behinderung.

Die heute existierenden Zweige sozialer Sicherung sind durchweg Mischsysteme. Während die Unfallversicherung als Ersatz für die zivilrechtliche Unternehmerhaftung sowie die Kriegsopferversorgung zur Abgeltung eines Sonderopfers stärker kausal orientiert sind, knüpft die Sozialhilfe in erster Linie an den Bedarf an, ist folglich mehr final ausgerichtet[143].

Die allen Gebieten eigene Reha war schon immer final, nämlich auf das Ziel der Eingliederung des Behinderten in die Gesellschaft bestimmt[144]. Ein kausales Element lag darin, daß bestimmte Personenkreise durch gewisse Ordnungsfaktoren an die unterschiedlichen Träger überwiesen wurden.

Die in Planung[145] und Gesetzgebung[146], auf Landes-, Bundes- und internationaler Ebene[147] betonte Ausrichtung der

---

142) Fenge, Kausal- und Finalprinzip im Recht der sozialen Sicherheit, BABl 70, 652; Molitor, a.a.O., S. 247.
143) Dazu Fenge, a.a.O., S. 653-654.
144) Watermann, Die gesetzliche Unfallversicherung im Spannungsfeld von Prävention und Rehabilitation, von Kausalität und Finalität, in: Soziale Sicherung durch soziales Recht, S. 183 (197); Fenge, a.a.O.
145) Zum Beispiel der Landesplan für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz, S. 27.
146) Dazu Glombig, Das Sozialstaatsgebot und die Behinderten, BABl 74, 281 (283).
147) Die Bedeutung des Finalitätsprinzips in der europäischen Reha-Politik wird angesprochen von Grupp, Erste Erfolge einer europäischen Rehabilitationspolitik, BABl 74, 613 (615).

Reha nach dem Finalitätsgedanken meint, daß zunehmend nur die Tatsache der Behinderung, nicht Ursache, Verschulden oder ähnliche Umstände für eine optimale Versorgung bedeutsam sein darf. Die Reha-Maßnahmen sollen grundsätzlich allen Behinderten zugänglich sein, soweit sie ihrer bedürfen.

5) Zusammenfassung

Die Untersuchung geht im Folgenden von dem Begriff der Reha aus, dessen sich auch der Gesetzgeber bedient und der wegen seiner Praktikabilität ganz überwiegend in der Literatur Zustimmung gefunden hat. Danach will die Reha den Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind, und die ihre Behinderung und deren Folgen nicht selbst überwinden können,sowie den Menschen, denen eine solche Behinderung droht, helfen, ihre Fähigkeiten zu erhalten und einen ihren Kräften entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden. Dazu gehört vor allem auch die Teilnahme am Arbeitsleben.

Diese Definition schließt den Begriff der Prävention ein, da sie auch für von einer Behinderung nur bedrohte Menschen bereits Reha-Hilfen vorsieht. Die Habilitation, das heißt die Ersteingliederung behinderter Kinder oder Jugendlicher, wird ebenfalls miterfaßt. Dagegen ist die Naturalrestitution von der Reha scharf abzugrenzen. Sie zielt nicht auf eine Eingliederung des Verletzten, sondern auf die Wiederherstellung der Verhältnisse vor Eintritt des schädigenden Ereignisses ab. Sie kann zwar im Einzelfall der Reha gleichwertige Hilfen bieten, tut dies aber nicht durchgehend.

Die Beschränkung auf körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen ist erforderlich, um eine Ausuferung des Reha-Systems zu verhindern und die Wirksamkeit der Eingliederungsbemühungen sicherzustellen. Damit wird jedoch kein allgemeingültiger Begriff der Behinderung ge-

schaffen. Die Eingrenzung auf diesen Personenkreis dient im Rahmen der Untersuchung nur einer Abgrenzung der Anspruchsberechtigten, denen die Maßnahmen der individuellen Reha-Systematik zukommen, welche Gegenstand des nun folgenden Abschnittes sein werden. Im übrigen würde eine weitgehende Vereinheitlichung der benutzten Behindertenbegriffe neben Vorteilen auch gravierende Nachteile bringen, indem sie mancher wissenschaftlichen Disziplin in langjähriger Praxis geschaffene Arbeitsbegriffe entziehen würde.

C) Die Systematik präventiver und rehabilitativer Hilfen

I) Die Prävention

Es wurde bereits festgestellt, daß heute die Prävention als fester Bestandteil der Reha gesehen wird. Die zumeist juristisch begründete Unterscheidung der Begriffe Reha und Prävention wird aus medizinischer Sicht in Frage gestellt, da die Therapie eines Leidens als einheitlicher Prozeß zu betrachten sei[148]. Dennoch kann dieser Zweiteilung des Eingliederungsgeschehens zumindest für den Bereich der Unfallversicherung und darüber hinaus für Verletzungen infolge eines Unfalles allgemein ihre innere Logik nicht abgesprochen werden. Hier läßt sich eine Phase der Prävention deutlich unterscheiden, in der Unfälle verhütet werden sollen und die nur wenige Berührungspunkte mit der zweiten Phase besitzt, die auf die Behandlung von Unfallfolgen abzielt. Möglicherweise hat diese im Tatsächlichen begründete Zäsur, die durch das Ereignis "Unfall" bewirkt wird, neben der gesteigerten Bedrohung am Arbeitsplatz dazu beigetragen, daß gerade in der Unfallversicherung Arbeitsunfälle verhütende Maßnahmen eine besondere Rolle spielen.

Außer in der gesetzlichen Unfallversicherung finden wir vor allem bei der sozialen Krankenversicherung eine breite Palette präventiver Leistungen, die oft wegweisend für andere Sozialleistungsbereiche wurden[149]. Während der Leistungskatalog der Sozialhilfe ebenfalls durchweg vorbeugend orientiert ist, spielen solche Maßnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung, der Arbeitsverwaltung und der Kriegsopferversorgung eine untergeordnete Rolle.

---

148) Dazu die in Fußnote 132 genannten Autoren.
149) So hat die Sozialhilfe ebenso wie die Kriegsopferversorgung ihre Präventionsleistungen teilweise denen der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen - Einzelheiten folgen weiter unten.

1) Präventionsregelungen in Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge

a) Die Sozialversicherung

aa) Die Unfallversicherung

Primäre Aufgabe der Unfallversicherung ist es, "mit allen geeigneten Mitteln" das Auftreten von Arbeitsunfällen zu verhüten - §§ 537 Nr. 1, 546 RVO. Die Prävention wurde ihr schon mit der Schaffung des Unfallversicherungsgesetzes im Jahr 1884 übertragen, unterlag jedoch im Lauf der Zeit manchen Wandlungen[150]. Ihre langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Unfallverhütung ließ die Träger der Unfallversicherung zum Mittelpunkt allen Unfallverhütungsgeschehens werden[151]. Vielfältige Forschungsinitiativen führten schließlich zu einer Verfeinerung der Vorbeugungsmechanismen[152]. Große Bedeutung besitzt in diesem Zusammenhang die Ausweitung der bisher allein technisch orientierten Unfallverhütung um einen psychologischen Aspekt[153]. War bisher nur die Umwelt des Werktätigen als Forschungsfeld der Unfallforschung anerkannt, wendet sie sich nun verstärkt dem Menschen als geschütztem "Objekt" selbst zu, um die von ihm ausgehenden Risiken zu analysieren.

Die Forschungsergebnisse der Wissenschaft gehen mit den Erfahrungen der Praxis in Form der Unfallverhütungsvorschriften eine Synthese ein, die für die Unfallverhütungsarbeit von entscheidender Bedeutung ist. Diese Vorschriften werden von den Selbstverwaltungsorganen der Berufsgenossenschaften als autonome Rechtsnormen erlassen und binden alle der Berufsgenossenschaft angehörenden Arbeit-

---

150) Wickert, Der Mensch als Ersatzteil, Frankfurter Hefte 1972, 641 (644 ff).

151) von Chossy, Unfallverhütung als Aufgabe der Berufsgenossenschaften, in: Festschrift für Lauterbach, S. 253 (255).

152) Zur Definition, den unterschiedlichen Objekten und Trägern der Unfallforschung Siller, Gedanken zum Thema "Unfallforschung", BG 70, 185-192; zum ökonomischen Aspekt Skiba, Unfallforschung - Notwendigkeit und zentrale Aufgabe, Arbeitsschutz 69, 249 ff.

153) Siller, a.a.O., S. 185; vgl. insb. die dort genannten Forschungsschwerpunkte.

geber und Arbeitnehmer[154]. Die von Fachausschüssen erarbeiteten Normen zeigen konkrete Gefahrenherde im Betriebsleben auf, um gezielte Anweisungen zur Behebung solcher Unfallschwerpunkte zu entwickeln[155].

Eine über den betrieblichen Rahmen hinausgehende Prävention wird nicht mit diesem Instrument erreicht werden können. Sie ist auch nicht Aufgabe der Unfallverhütungsbestimmungen. In diesen Bereich stößt das Gesetz über technische Arbeitsmittel vor[156], das Hersteller und Importeure von Maschinen zur Beachtung allgemein anerkannter Regeln der Technik sowie der Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften verpflichtet und so einen wertvollen Beitrag zur betrieblichen Arbeitssicherheit leistet[157].

---

154) Andreé, Die Unfallverhütungsvorschriften, DB 63, 831; Benz, Unfallverhütung und Haftung bei Arbeitsunfällen, BB 74, 188 (189); Asanger, Die rechtliche Bedeutung der Unfallverhütungsvorschriften, in: Festschrift für Lauterbach, S. 297 (302 ff); Einzelheiten zu Inhalten, Erlaßverfahren und Bekanntmachung enthalten §§ 708, 709.

155) Nicht mit diesen Regelungen zu verwechseln sind die ebenfalls von den Berufsgenossenschaften erlassenen Richtlinien, die den Unfallverhütungsvorschriften regelmäßig vorausgehen, ohne unmittelbar rechtliche Relevanz zu besitzen; dazu Elleser, Die Unfallverhütung, BB 66, 168 (169); Asanger, a.a.O., S. 303.

156) Maschinenschutzgesetz vom 1. Dezember 1968, BGBl. I S. 717.

157) Benz, a.a.O., S. 189; Watermann, Auch in der Unfallversicherung hat sich die Gliederung bewährt, AuSPol 74, 337 (338); Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Unfallverhütungsbericht 1973, S. 159, der auf die Bedeutung des Maschinenschutzgesetzes für die im Bereich von Haushalt und Freizeit verwandten Geräte hinweist.

Die Berufsgenossenschaften besitzen nur in Ausnahmefällen die Möglichkeit, ihre Vorschriften mit unmittelbarem Zwang durchzusetzen. Die Beachtung wird normalerweise durch eine Vielzahl von Sanktionen gesichert, die zivil-, arbeits- oder strafrechtlicher Natur sein können[158].

Da das System betrieblichen Unfallschutzes im wesentlichen zweispurig aufgebaut ist - neben berufsgenossenschaftlichen stehen staatliche Unfallverhütungsnormen - müssen beide Präventionsträger bei Erfüllung ihrer Aufgaben kooperieren. Neben der staatlichen Gewerbeaufsicht, welche die Befolgung staatlicher Arbeitsschutzvorschriften sicherstellt, wurden auf Seiten der Berufsgenossenschaften technische Aufsichtsdienste geschaffen, deren Aufgabe in der Überwachung betrieblicher Arbeitssicherheitsmaßnahmen besteht[159].

Der Aufbau eines betrieblichen Apparates zum Arbeitsschutz sollte schon im Unfallversicherungsneuregelungsgesetz normiert werden, fand aber seine gesetzliche Regelung erst am 12. Dezember 1973 durch das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit[160].

Nachdem allenfalls in Großunternehmen eine zufriedenstellende Unfallverhütungsarbeit geleistet wurde, soll diese auch in Klein- und Mittelbetrieben gesichert werden. Arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse sollen schneller in die Praxis umgesetzt werden, um somit Arbeits-

158) Benz, a.a.O., S. 191-192; Asanger, a.a.O., S. 307-311; Andreé, a.a.O., S. 868; zum Konzept einer Neustrukturierung dieser Normen Buss, Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin, zeitgemäße Unfallverhütungsvorschriften, Der Arbeitgeber 72, 733 (734); Pflaum, Die technische Entwicklung erfordert moderne Unfallverhütungsvorschriften, BG 68, 1 (6). Einen Ausnahmefall normiert § 714 Abs. 1 S. 4 RVO. Danach sind die technischen Aufsichtsbeamten berechtigt, bei Gefahr im Verzug sofort vollziehbare Anordnungen zur Beseitigung von Unfallgefahren zu treffen.

159) Elleser, Die Unfallverhütung, BB 66, 168 (169); Benz, a.a.O., S. 189; Dangers, Der Sicherheitsbeauftragte, BG 73, 83.

160) BGBl. I S. 1885.

schutz und Unfallverhütung einen optimalen Wirkungsgrad zu erschließen[161].

Zu diesem Zweck werden die Arbeitgeber verpflichtet, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte anzustellen, soweit dies Betriebsart und -organisation sowie die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer erfordern[162].
Trotz erheblicher Verbesserungen, die durch das Gesetz zu erwarten sind, verbleibt der Aufbau des Sicherheitsnetzes in der Verantwortung des Unternehmers, was bisher nur zu punktuellen Erfolgen führte. Auch in der alltäglichen Arbeit der Unfallverhütung behält er die letztverbindliche Entscheidung, da den Ärzten und Sicherheitsfachkräften nur beratende Funktionen verliehen werden[163]. Ob die Initiative der Unternehmerschaft den Erwartungen des Gesetzgebers gerecht werden und die vor allem im Praktischen liegenden Schwierigkeiten überwinden kann[164], muß die Zukunft zeigen.

Ein weiteres Präventionsinstrument hat sich die Unfallversicherung durch die Staffelung der Beiträge nach Gefahrenklassen geschaffen - §§ 725 II, 730 ff RVO, um auf diese Weise einen materiellen Anreiz zur Unfallverhütung zu geben[165].

---

161) Graeff, Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Ersk 74, 141 (146); Hemmer, Steffen, Betriebsärztegesetz, Erst in Jahren voll wirksam, Ersk 75, 96; Buss, Zum Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, BG 74, 106.
162) Dazu §§ 2, 5 des Gesetzes.
163) §§ 3, 6 des Gesetzes legen die Aufgaben der Betriebsärzte und Sicherheitsbeauftragten fest.
164) Dazu Hemmer, Steffen, a.a.O., S. 97-98; Pickel, Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, SGb 74, 57 ff.
165) Walter Bogs, Die Vorsorge im System des Sozialrechts, ZSR 69, 654 ff., 738 (742); Watermann, Zs. f.d.ges. VersWiss 68, 117 (123); Bedenken hinsichtlich der Wirksamkeit der Beitragsstaffelung im Unfallverhütungsbericht 1973, S. 78.

Von großer Bedeutung zur Verhinderung gesundheitlicher Schäden sind die in § 708 I Nr. 3 RVO vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen, die der Übernahme außergewöhnlich gefährdender Arbeiten vorausgehen müssen[166].

Erkennbar wird die Verbindung von Reha und Prävention auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung am Institut der ersten Hilfe, die die Unternehmer sicherstellen müssen - § 721 RVO. Sie steht zwischen beiden und soll einerseits das Auftreten schwerwiegender Verletzungsfolgen verhindern, andererseits aber schon erlittene Schäden frühzeitig und wirkungsvoll bekämpfen[167].

bb) Die Krankenversicherung

Der Ausbau präventiver Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung geht einher mit deren Umstrukturierung von einer Versicherung gegen Krankheit zu einer Versicherung der Gesundheit. Dies soll nach Ansicht bedeutender Futurologen zu einer Umschichtung kurativer zugunsten präventiver Leistungem im Rahmen medizinischer Betreuung führen[168].

---

166) Noeske, Trachte, Vorbeugende Maßnahmen der Unfallversicherungsträger bei Berufskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Übergangsgeldleistungen, BG 70, 107.

167) Bley, Das Funktionensystem der Sozialversicherungsleistungen, AV 74, 204 (210); Einzelmaßnahmen der ersten Hilfe nennen Dersch u.a., RVO-Gesamtkommentar, § 721 Anm. 2.

168) Schlageter, Gesundheitsvorsorge im Zuge der Krankenversicherungsreform, AuSR 69, 127 (129); Wülfrath, Möglichkeiten und Grenzen der Vorsorgeuntersuchungen und der Früherkennung aus der Sicht der Krankenversicherung, Leistungen 70, 161 (167); der ein Verhältnis kurativer zu präventiver Medizin von 50 : 50 prognostiziert. Vgl. dazu die derzeitigen Ausgaben der Krankenversicherung für Maßnahmen der Früherkennung: im ersten Vierteljahr 1972 0,63 % der Gesamtausgaben - so Bericht der Bundesregierung über die Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen - BT-Drs. VII/454, S. 9.

Der weitere Verlauf dieser Entwicklung wird jedoch, von rechtssystematischen Bedenken einmal abgesehen[169], ganz entscheidend vom Kostenfaktor bestimmt werden, denn die Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung[170] sind keineswegs kostenneutrale Neuerungen im Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung.

Die Präventionsleistungen der Krankenversicherung sind unter drei sehr unterschiedlichen und kaum systematisierbaren Aspekten zu betrachten.

Während die Schwangeren- und Säuglingsvorsorge das Ereignis "Geburt" vorbeugend und nachsorgend betreut, setzt die Krankheitsfrüherkennung an einem völlig anderen Personenkreis mit unterschiedlichen Instrumentarien an. Die Erweiterung des Krankheitsbegriffs in präventive Ebenen wurde schließlich entscheidend von der Rechtsprechung betrieben, die - ihrer eigenen Entscheidungsstruktur getreu - natürlich nur fallbezogen und damit kaum systematisch arbeiten konnte.

aaa) Die Säuglings- und Schwangerenvorsorge

Die heute in §§ 195 ff RVO normierte Schwangerenvorsorge war bei ihrer Einführung im Jahr 1919 die erste Vorsorgemaßnahme individueller Natur[171]. Sie wurde dem Leistungs-

---

169) Töns, Krankheitsfrüherkennung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 45; Harald Bogs, Chancen und Grenzen staatsentlastender, produktiver Schadensverhütung bei Privat- und Sozialversicherung, in: Festgabe für Hans Möller, S. 57 (60, 61, 79); Töns, Vorsorge und gesetzliche Krankenversicherung, AuSPol 67, 364 (366), die auf die Struktur der Vorsorge als versicherungsfremdes Element hinweisen und eine Verlagerung dieser Aufgaben auf staatliche Gremien anregen.

170) Zur Abgrenzung beider Begriffe vgl. Wülfrath, a.a.O., S. 161; Steuer, Gesundheitsvorsorge, S. 12; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, S. 17/248 - 12.

171) Rohwer-Kahlmann, Schadenverhütung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Zs. f. d. ges. VersWiss 1968, 127 (131).

katalog der Krankenversicherung eingegliedert, obwohl eine komplikationslose Schwangerschaft keine Krankheit im Sinne der RVO darstellt[172], und setzte damit ein Signal für die in der Folgezeit zunehmend gesundheitspolitische Orientierung der sozialen Krankenversicherung[173].

Die Gewährung ärztlicher Betreuung oder von Hebammenhilfe, insbesondere die Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur weiteren Vorsorge, wollen zum problemlosen Verlauf der Schwangerschaft beitragen[174]. Bei konsequenter Anwendung dieses Leistungskataloges kann man dem bevölkerungspoltischen Ziel einer Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit erheblich näher rücken und zudem viele früher zu schweren, oft lebenslagen Behinderungen beim Säugling führende Fehler im Verlauf der Geburt präventiv vermeiden[175].

---

172) Peters, a.a.O., S. 17/490, 17/509.
173) Rohwer-Kahlmann, a.a.O., S. 131.
174) Die Regelung der RVO findet sich in §§ 195 - 200 d in Verbindung mit den dazu erlassenen Mutterschaftsrichtlinien, die Einzelheiten festlegen. Die diese ergänzenden Maßnahmen arbeitsrechtlichen Mutterschutzes beschreibt eingehend Peters, a.a.O., S. 17/472- 3 bis 17/474 - 2.
175) Ob dies allerdings zu einer Senkung der Zahl behinderter Säuglinge führen wird, erscheint zumindest zweifelhaft, da die fortgeschrittenen Erkenntnisse perinataler Medizin viele Kinder am Leben erhalten, die früher gestorben wären, heute aber mit erheblichen Behinderungen weiterleben. Zu Zielen und schleppender Inanspruchnahme dieser Leistungen im Anlaufzeitraum Löwenstein, Menz, Zielvorstellungen und Erfahrungen bei der Vorsorgeuntersuchung gemäß § 181 RVO, Das öff. Gesundheitswesen, 73, 666 (667).

Trotz des im Jahr 1968[176] erfolgten Ausbaues der Mutterschaftshilfe blieb dieser Komplex zunächst vorwiegend auf die Betreuung der Mutter beschränkt. Die Einbeziehung einer gleichwertigen Vorsorge für den Säugling ließ weitere Jahre auf sich warten und wurde erst mit dem 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz geschaffen[177]. Damit erreichte man eine nahtlose präventive Versorgung des Geburtskomplexes vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Kleinkindalter.

§ 181 I Nr. 1 RVO in Verbindung mit den dazu erlassenen Kinderrichtlinien gewährt allen Kindern einen Anspruch auf regelmäßige Untersuchungen zur Erkennung von Krankheiten, die die geistige oder körperliche Entwicklung des Kindes beeinträchtigen können und stellt damit eine lückenlose Versorgung bis ins Vorschulalter sicher[178].

bbb) Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen

Dieser neue Terminus, ebenfalls durch das 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz ins Recht der sozialen Krankenversicherung eingeführt, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß ähnliche, teilweise sogar gleichartige Leistungen seit langem zum Bestand der Krankenversicherung gehören.

---

176) BGBl. 1967 I S. 1259.
177) BGBl. 1970 I S. 1770.
178) Arendt, Durchbruch zu einer umfassenden Gesundheitsvorsorge, Ersk 71, 340; König, Schwangerenbetreuung als Vorsorgeleistung, Ersk 66, 208 (211); Meinrenken, Die ärztliche Schwangerenbetreuung und ihre Beziehung zu frühkindlichen Hirnschäden, S. 36; Häußler, Früherkennungsuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern bis zu 4 Jahren, OKK 71, 464; zur mangelhaften Inanspruchnahme dieser Leistungen BT-Drs. VII/454 S. 7, Bericht der Bundesregierung über die Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen, wonach nur 25 - 35 % der Anspruchsberechtigten die Leistungen tatsächlich in Anspruch nehmen.

Die besonderen oder allgemeinen Maßnahmen zur Krankheitsverhütung aus § 363 RVO dürfen nicht an einzelne Mitglieder gewährt werden. Sie sollen jeweils Gruppen oder den Gesamtkreis der Versicherten erfassen[179]. Dagegen gestattet § 184 Nr. 4 RVO schon Maßnahmen der individuellen Krankheitsfrüherkennung, die auch bereits von mehreren Krankenkassen angeboten wurden und der Regelung des späteren § 181 I Nr. 2, 3 RVO als Vorbild dienten[180].

Das in der Praxis wohl bedeutsamste Instrument der Krankheitsvorbeugung war und dürfte noch die Krankenhilfe sein. Daran hat auch die Einführung der Krankheitsfrüherkennung mit ihrem relativ beschränkten Wirkungskreis nichts geändert. Denn versicherungsrechtlich krank ist, wer sich als krank bezeichnet und den Arzt bittet, das Vorliegen einer Krankheit medizinisch zu bestätigen. Da es folglich nicht auf das Vorhandensein einer objektiven Gesundheitsstörung ankommt, kann jeder Versicherte unter dem Vorwand einer Krankheit Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge im Gewande der Krankenhilfe fordern und erhalten. Daß sich der Anteil dieser präventiven Leistungen an den Gesamtausgaben für die Krankenhilfe nicht nachweisen läßt, darf nicht von ihrer großen praktischen Bedeutung ablenken[181].

Von der Krankenhilfe läßt sich die Krankheitsfrüherkennung terminologisch exakt abgrenzen, wenn sie auch praktisch untrennbar verschmelzen. Der Arzt gewährt nur solange Früherkennungsmaßnahmen, als noch keine Krankheit entdeckt ist und der Versicherte ihr Vorliegen nicht behauptet. Diagnostiziert der Arzt das Vorliegen eines Gesundheitsschadens oder begibt sich der Patient schon mit der

---

179) Bogs, Die Vorsorge im System des Sozialrechts, ZSR 69, 654 ff, 738 (739).

180) BT-Drs. VII/454, S. 9; Engesser, Vorbeugende Gesundheitshilfe für die Mitglieder der Krankenkassen, AuSR 71, 146 (147); Pattberg, Früherkennungsuntersuchungen für Herz- und Kreislauferkrankungen im Modellversuch bei Betriebskrankenkassen, BKK 74, 125.

181) Töns, Vorsorge und gesetzliche Krankenversicherung, AuSPol 67.364, (366); ders., Probleme des zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetzes, ZSR 71, 201 (211); Wülfrath, a.a.O., S. 162.

Behauptung krank zu sein in seine Behandlung, tragen die ärztlichen Leistungen den Charakter der Krankenhilfe[182].

Von der Fülle der denkbaren Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen wurden vom Gesetzgeber indessen nur Untersuchungen auf bestimmte Krebserkrankungen in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, die zudem auf die Männer ab 45 sowie auf die Frauen ab 30 Jahren beschränkt sind[183].

Mit der Früherkennung weniger, besonders bedrohlicher Krankheiten wurde die Entwicklung einer Gesundheitsvorsorge erst begonnen. Die Ausdehnung dieses Kataloges auf die ebenso bedeutsamen Kreislauferkrankungen wurde mittlerweile von der Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung gefordert[184]. Die Einbeziehung dieser Leiden ist jedoch nur möglich, wenn ihre präventive Behandlung fachlich, personell und praktisch sichergestellt ist[185]. Nicht die Anforderungen des § 181 a RVO, sondern die Kostenproblematik solcher neuen Leistungen dürfte im Augenblick das größte Hindernis für ihre Einführung darstellen.

Trotz dieser vorerst bescheidenen Anfänge wird die Einführung der Früherkennungsmaßnahmen zu Recht als "Wendepunkt" in der Geschichte der Krankenversicherung bezeichnet, deren Aufgabe sich nun nicht mehr im "Warten auf den Versicherten" erschöpfen darf, die vielmehr eigene Aktivitäten entfalten muß, um ihre Leistungen an einen möglichst grossen Kreis der Versicherten "zu verkaufen", wenn dies auch

---

182) Töns, Krankheitsfrüherkennung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 44; ders., ZSR 71, 201 (211).

183) Vgl. § 182 I Nr. 2, 3 RVO in Verbindung mit den dazu erlassenen Krebsfrüherkennungsrichtlinien; zu Motivation und langjähriger Diskussion um dieses Institut Albrecht, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ZSSV 71, 272-277; Engesser, a.a.O., S. 147.

184) Linden, Vorsorgeuntersuchungen - Glück, Gefahr, Unsinn oder Ideologie? AuSPol 74, 247; zur - allerdings nur geringfügigen - Ausweitung des bisherigen Programms Schwartz, Neue Krebsfrüherkennungsrichtlinien, Deutsches Ärzteblatt 75, 722-726.

185) Näheres zu diesen Anforderungen in § 181 a RVO.

zumindest anfangs zu einer Kostensteigerung führen wird[186].

ccc) Die Ausweitung des Krankheitsbegriffs

Entscheidende präventive Bestrebungen wurden schließlich über die Ausweitung des Krankheitsbegriffes entwickelt. Unter Orientierung am versicherten Risiko wurde insbesondere von der Rechtsprechung ein spezifisch juristischer Krankheitsbegriff erarbeitet, der als Krankheit "einen regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat",[187] bezeichnet. Indem die einzelnen Begriffsmerkmale extensiv interpretiert wurden, konnte eine vorbeugende Behandlung auf vielen Gebieten erreicht werden[188]. Als für die Reha eindrucksvollstes Beispiel sei auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts hingewiesen, die bei Dauerleiden eine Behandlungsbedürftigkeit schon bejaht, wenn das Leiden noch keine Schmerzen bereitet, durch ärztliche Behandlung aber eine Besserung oder die Verhütung einer Verschlimmerung erreichbar erscheint[189]. Damit wurde die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes korrigiert, das eine Behandlung erst beim Auftreten besonderer Schmerzen oder Beschwerden zulassen wollte[190].

---

186) § 369 RVO betont die werbende Funktion als neue Aufgabe der Krankenkassen; dazu Albrecht, a.a.O., S. 276; Oldiges, Einstellung der Versicherten zur Krebsfrüherkennung, BABl 73, 374.

187) Wannagat, a.a.O., S. 253 zu diesem durchaus anerkannten Begriff.

188) Dazu gehören unter anderem die Zahnbehandlung, die Heilung von Suchtkrankheiten und Unfruchtbarkeit - dazu Marburger, Der Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung, NDV 73, 173-175; Rohwer-Kahlmann, Schadensverhütung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Zs. f. d. ges. VersWiss 68, 127 (129); Walter Bogs, Die Vorsorge im System des Sozialrechts, ZSR 69, 654 ff, 738 (740).

189) Wannagat, a.a.O., S. 254 kommentiert BSGE 13, 134 und geht auf die Entscheidungspraxis des Reichsversicherungsamtes ein.

190) AN 1916, 341; 1920, 319; 1928, 285; 1939, 412.

Zur verstärkt präventiven Orientierung des Krankheitsbegriffes war insoweit keine neue Definition vonnöten, sie wurde in Form einer kontinuierlichen Weiterentwicklung einzelner Merkmale betrieben.

cc) Die Rentenversicherung

Die Rentenversicherungsgesetze enthalten den Begriff der Prävention nicht. Sie kennen auch keine Norm, die speziell den Bedürfnissen eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes dient. Zur Erarbeitung einer solchen Definition muß daher auf die von der Rentenversicherung abgedeckten Risiken zurückgegriffen werden. Die gesetzliche Rentenversicherung will die durch geistige, körperliche oder seelische Schäden beeinträchtigte Erwerbsfähigkeit erhalten, um so eine frühzeitige Invalidität der Versicherten zu verhüten[191]. Damit sind alle dieses Ziel auf vorbeugendem Wege erstrebenden Maßnahmen als Präventionsleistungen der Rentenversicherung zu betrachten.

An erster Stelle ist hier der seit der Rentenreform betonte präventive Charakter des Heilverfahrens zu nennen. Schon beim Bevorstehen einer Behinderung darf die Rentenversicherung einschreiten, um den Eintritt einer Behinderung zu verhüten. Als für diesen Zweig charakteristisches Institut solch vorbeugenden Gesundheitsschutzes ist auf die Vorsorgekuren hinzuweisen[192].

---

191) So Gaber, Die Schadensverhütung in der Rentenversicherung, Zs. f. d. ges. VersWiss 68, 107 ff, 173; der Gesetzgeber geht bei der Normsetzung nicht anders vor; vgl. § 546 I RVO, wo bestimmt wird, daß die Berufsgenossenschaften dem von der Unfallversicherung abgedeckten Risiko "Arbeitsunfall" präventiv begegnen sollen. Dazu auch Schewe, Die Schadenvorbeugung in der Sozialversicherung durch die Wirtschafts- und Sozialpolitik, Zs. f. d. ges. VersWiss 68, 97 (98); Watermann, Die gesetzliche Unfallversicherung im Spannungsfeld von Prävention und Rehabilitation, von Kausalität und Finalität, in: Festschrift für Peters, S. 183 (187).

192) Holler, Vorsorge in der gesetzlichen Rentenversicherung, Soziale Sicherheit 69, 176 (177); Gaber, a.a.O., S. 175.

Neben diesen Einzelmaßnahmen nach § 1235 RVO gibt § 1305 RVO den Versicherungsträgern die Möglichkeit, allgemeine und Einzelmaßnahmen präventiver Natur für die Versicherten und ihre Angehörigen zu gewähren[193].

dd) Die Arbeitsverwaltung

Auch das AFG enthält keine Norm, in der speziell die Aufgabe vorbeugenden Tätigwerdens angesprochen wird. Trotzdem lassen sich einige präventive Elemente in seinem Katalog erkennen, die zum einen der Arbeitsverwaltung, aber auch anderen Reha-Trägern bei rechtzeitiger Anwendung manche Sorgen ersparen können.

So erweist sich eine frühzeitige Umvermittlung von Arbeitskräften, die den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes nicht mehr gewachsen sind, als sehr hilfreich zur Vorbeugung späterer Leiden, die ansonsten der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung in Form von Berufskrankheiten wiederbegegnen[194].

Die Maßnahmen beruflicher Reha selbst besitzen ebenfalls eine präventive Tendenz, indem die von einer Behinderung Bedrohten den bereits Behinderten gleichgestellt werden[195]. Damit wird der Arbeitsverwaltung ein frühzeitiges und oft kostensparendes Vorgehen erlaubt.

Da die Behinderten jedoch nicht nur die in §§ 56-62 AFG und der dazu erlassenen A-Reha speziell normierten Reha-Leistungen, sondern grundsätzlich alle im AFG vorgesehenen Maßnahmen beanspruchen können[196], kommt ihnen auf diesem

---

193) Insoweit handelt es sich um zusätzliche Leistungen, die von den Selbstverwaltungsorganen beschlossen und einem Genehmigungsverfahren unterworfen werden, vgl. § 1305 II RVO; dazu Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 666 l; Gaber, a.a.O., S. 175; Holler, a.a.O., S. 177.

194) Herschel, Die Praxis der beruflichen Rehabilitation, BABl 60, 720 (721).

195) §§ 56 I Nr. 2 AFG, 2 II A-Reha.

196) Hoppe, Berufliche Rehabilitation nach dem Arbeitsförderungsgesetz, NDV 71, 31.

Wege die gesamte Palette arbeitsverwaltenden Tuns zugute. So wird die diesem Zweig der Sozialverwaltung unter anderem auferlegte Bekämpfung des Risikos "Arbeitslosigkeit" heute durch einen außerordentlich verfeinerten Katalog von Maßnahmen angegangen[197], in dem die Berufsberatung und die Arbeitsvermittlung nur noch die klassischen Mittel vorbeugender Kontrolle darstellen.

b) Die Sozialhilfe

Manche Leistungen der Sozialhilfe sind erst in deren Maßnahmekatalog aufgenommen worden, nachdem sie sich in anderen Zweigen des sozialen Sicherungssystems bewährt hatten. Dazu gehören die Hilfen für werdende Mütter und Wöchnerinnen[198] ebenso wie die im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe gewährten Vorsorgeuntersuchungen. Beide Hilfen gleichen den entsprechenden Maßnahmen der Krankenversicherung und wurden nach erfolgreicher Erprobung von dort übernommen, besitzen folglich dieselbe präventive Funktion wie in ihrem Ursprungssystem[199]. Die vorbeugende Gesundheitshilfe geht jedoch weit über bloße Vorsorgeuntersuchungen hinaus, indem sie es dem Ermessen der Sozialhilfeträger überläßt, ob sie Personen, denen ein Gesundheitsschaden droht, insbesondere durch Erholungskuren präventive Hilfe leistet[200].

---

197) Bley, Das Funktionssystem der Sozialversicherungsleistungen, AV 74, 204 (210-211); H. Bogs, Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, S. 16-17; zur besonderen Bedeutung für Jugendliche Kost, Die Berufsberatung für behinderte Jugendliche, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 74, 96-98.

198) Simon, Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, ZfdF 72, 157; Giese, Das 2. Änderungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz, ZSSV 69, 234 (237); die in § 38 BSHG geregelte Maßnahme wurde durch das 2. Änderungsgesetz zum BSHG den Leistungen der Krankenversicherung in Form der Mutterschaftshilfe angepaßt.

199) Zur weitgehenden Überlagerung der vorbeugenden Gesundheitshilfe des § 36 BSHG durch die Eingliederungshilfe mit ihrem ebenfalls vorbeugenden Charakter Gottschick, Giese, Das BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 12; Petersen, Eingliederungshilfe für Behinderte, S. 44.

200) Drews, Zehn Jahre Eingliederungshilfe für Behinderte, ZfdF 72, 169; § 6 Eingliederungshilfeverordnung spezifiziert das Drohen einer Behinderung.

Eine entscheidende Bedeutung als Präventionsinstrument besitzt schließlich die Eingliederungshilfe selbst, die nicht nur gegen bereits bestehende Schäden eingesetzt wird, sondern auch und in erster Linie versuchen will, eine drohende Behinderung zu verhüten[201]. In dieser Funktion teilt sie die Aufgabe aller Sozialhilfemaßnahmen, denen von § 6 I BSHG generell vorbeugender Charakter zugemessen wird, soweit die spezielle Norm nicht schon diese Ausrichtung der Hilfe gebietet[202].

c) Die Kriegsopferversorgung

Die hergebrachte versorgungsrechtliche Prävention kann erst einsetzen, wenn - im eigentlichen Sinne sicher nicht präventive - Maßnahmen allgemein politischer Art den Ausbruch von kriegerischen Auseinandersetzungen nicht verhindern konnten[203].

In diesem Rahmen gewährt die Kriegsopferversorgung zunächst in Form der Heil- und Krankenbehandlung sowie der Erholungsfürsorge durchaus eigenständige Vorbeugungsmaßnahmen, die eine Verschlimmerung der Leiden verhüten sollen[204]. Zudem hat sie eine Reihe anderer Präventionsleistungen von verschiedenen Reha-Trägern übernommen. Dazu gehören insbesondere die Früherkennungsmaßnahmen und die Mutterschaftshilfe, die im Umfang den gleichartigen Leistungen der Krankenversicherung entsprechen[205], sowie sämtliche vorbeugenden Maßnahmen

---

201) Dazu § 36; im einzelnen Hermann, Simon, Die vorbeugende Gesundheitshilfe nach dem BSHG, ZfdF 72, 152-154; Ronge, Krankenversicherungsbeiträge, Krankenhilfe, vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, NDV 74, 123.

202) Zum Charakter des § 6 BSHG als Leistungsnorm ohne direkten Anspruchscharakter sowie zur subsidiären Anwendbarkeit Perl, Vorbeugende und nachgehende Hilfe im BSHG, Zeitschrift für Sozialhilfe 71, 15-16.

203) Walter Bogs, Die Vorsorge im System des Sozialrechts, ZSR 69, 654 ff, 738 (745).

204) Dazu §§ 10,I, 27 a II BVG und Püllmann, Sawusch, Das BVG und seine Anwendung, Band III, zu § 11, Teil B S. 134/1.

205) Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (213); Wilke, Wunderlich, Bundesversorgungsgesetz und Beschädigtenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz, S. 131.

der Sozialhilfe, auf die für den Bereich der Kriegsopferfürsorge ergänzend verwiesen wird[206].

Mit dem Ausbau des Bundesversorgungsgesetzes zu einem "Grundgesetz der Versorgung" wird jedoch zwangsläufig die fortschreitende Erweiterung präventiver Maßnahmen verbunden sein. Die hohe Zahl jährlicher Betriebsunfälle bei der Bundeswehr und anderen militärischen Verbänden erfordert beispielsweise die verstärkte Beachtung unfallverhütender Maßnahmen, soweit dies ohne Beeinträchtigung des Auftrages solcher Organisationen möglich ist. So könnten die Aufwendungen aus dem Soldatenversorgungsgesetz mit zunehmender Beachtung präventiver Bedürfnisse gesenkt werden.

2) Entwurf einer umfassenden Systematik präventiver Maßnahmen

a) Prävention im sozialen Sicherungssystem der Rehabilitations-Träger

Die Aufgabe vorbeugender Maßnahmen im Bereich der Sozialversicherung ist es, dem jeweils abzudeckenden Risiko frühzeitig zu begegnen. Die präventiven Hilfen der Unfallversicherung dienen zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Vorbeugende Maßnahmen der Rentenversicherung wollen eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit verhindern. In der Krankenversicherung soll auf diese Weise das Risiko "Krankheit" bekämpft werden, ebenso wie in der Arbeitsverwaltung das der "Arbeitslosigkeit". Die Kriegsopferversorgung kennt zwar kein abzudeckendes Risiko. Aber auch das Versorgungsprinzip will gegen konkrete Gefahren schützen, die sich aus einer bereits vorhandenen Kriegsschädigung entwickeln können und bedient sich in diesem Rahmen präventiver Mechanismen. Die mit ihrem Instrumentarium

206) So § 27 b BVG.

gleichfalls präventiv ausgerichtete Sozialhilfe will dem Entstehen einer Behinderung vorbeugen und damit ein Ausscheiden des Bürgers aus der Gesellschaft verhindern.

Jeder dieser Teilbereiche übernimmt damit die Sicherung spezifischer Gefahrenquellen für das menschliche Wohlbefinden. Sie bedienen sich dabei spezifischer Methoden, die den jeweiligen Anforderungen angepaßt sind. Zu einem geschlossenen System von Präventionsleistungen, die den Bedrohungen menschlicher Gesundheit umfassend begegnen können, lassen sich diese Maßnahmen nicht zusammenfügen.

Es erscheint daher notwendig, die Grundstrukturen eines Systems zu skizzieren, das diesen Anforderungen gerecht werden kann, um dann die Funktion und Bedeutung bisher erörterter sozialrechtlicher Präventionsmechanismen in diesem Gesamtgebäude würdigen zu können.

b) Terminologische Klärungen

Zuvor muß jedoch eine begriffliche Klärung der Begriffe "Vorsorge" und "Früherkennung" erfolgen. Zusammen bilden beide das Spektrum präventiver Gesundheitssicherung. Dabei geht die Vorsorge grundsätzlich einer Früherkennung zeitlich vor, wenn beide sich auch im prozeßhaften Verlauf medizinischer Behandlung nur selten exakt trennen lassen[207].

Die Vorsorge will sogenannte "Risikofaktoren" ausfindig machen. Sie untersucht deren Zusammenwirken und ihre auf diese Weise gesteigerte Bedrohlichkeit für die menschliche Gesundheit, um Ansätze und Methoden zu ihrer Eliminierung zu erarbeiten[208]. Risikofaktoren sind Umstände, von deren Vorliegen mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Bestehen

---

207) Steuer, Gesundheitsvorsorge, S. 12, 142.
208) Zum Begriff Hans Schäfer, Vorsorge - Fakten und Kritik, Dt. Ärzteblatt 74, 88-90; Rosenberg, Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland, S. 26, der die terminologische Verwirrung auf diesem Gebiet schildert.

einer gesundheitlichen Gefährdung zu schließen ist. Haben sich solche Faktoren verdichtet und die Bedrohung derart gesteigert, daß die körperlichen Abwehrmechanismen nicht mehr standhalten konnten, so bilden sich Krankheitssymptome. Die Risikofaktoren der Umwelt haben sich zu Risikoindikatoren am menschlichen Körper verdichtet[209]. Das Aufspüren letzterer in einem möglichst frühen Stadium ist Aufgabe der Früherkennung. Der entscheidende Unterschied beider Aspekte der Gesundheitssicherung liegt also darin, daß die Vorsorge noch nicht krankhafte, aber krankheitsfördernde Umstände erforscht, während die Früherkennung eine Stufe später einsetzt und dort erste Krankheitszeichen zu diagnostizieren versucht[210].

In einem zu entwerfenden System der Prävention können sich diese Maßnahmen grundsätzlich in zwei Richtungen entfalten. Neben der Umwelt bietet sich als zweites Forschungsfeld für vorbeugende und früherkennende Hilfen das Individuum selbst an[211].

In dieser zweidimensionalen Systematik werden Untersuchungen der Umwelt in aller Regel Vorsorgecharakter tragen. Denn es geht darum, gesundheitsbedrohende Gefahren zu erkennen, um ihnen ihre krankmachende Wirkung zu nehmen.

Auf das Individuum bezogene Forschungsansätze können demgegenüber sowohl Vorsorge- als auch Früherkennungsziele anstreben. Sie wirken vorsorgend, wenn ihre Maßnahmen dem Eintritt einer Krankheit vorbeugen wollen. Sobald sie auf die Entdeckung irgendwelcher Leiden im Frühstadium ausgehen, sind sie früherkennender Art. Viele Forschungsinitiativen in beiden Richtungen sind noch sehr jungen Datums und beweisen die Aktualität und Unabgeschlossenheit präventiver Entwicklungen[212].

---

209) Hans Schäfer, a.a.O.
210) Zur Abgrenzung der Krankenhilfe von Maßnahmen der Früherkennung vergleiche bereits auf S.52-53 : Krankenhilfe setzt ein, sobald eine Krankheit diagnostiziert ist oder der Patient behauptet, krank zu sein.
211) Zu diesen Entfaltungsmöglichkeiten Rosenberg, a.a.O., S. 30.
212) Dazu Rosenberg, a.a.O., S. 30.

c) Vorsorgemaßnahmen

aa) Umweltbezogene Vorsorge

Das für diesen Bereich charakteristische Institut des Umweltschutzes gewann seine Bedeutung erst während der letzten Jahre[213].
Trotzdem darf nicht verkannt werden, daß der Umweltschuzt in einem weiteren Sinne bereits seit Jahrzehnten betrieben wird. Zu erinnern ist insbesondere an das Versicherungswesen[214]. Obwohl die Prävention eigentlich ein versicherungsfremdes Element darstellt, das von einem aktuellen Bedarf an Stelle eines erst zu kalkulierenden Risikos ausgeht, fand sie ihren Platz in jeder Versicherung. Für diese Entwicklung wird man die Schadennähe der Versicherung und die daraus resultierende Wirtschaftlichkeitskontrolle präventiver Maßnahmen verantwortlich machen müssen[215]. Trotz starker wirtschaftlicher Konkurrenz und den Bedenken, "sich den Ast abzusägen, auf dem man sitzt"[216], entwickelte die private Versicherungswirtschaft ein weit gestreutes und die jeweils abgedeckten Risiken absicherndes Netz präventiver Leistungen[217].
Dennoch kam die Vorbeugung erst in der Sozialversicherung zu ihrer größten Entfaltung. In diesem Rahmen konnte man alle Bürger ansprechen, Wirtschaftlichkeitsfragen spielten keine so entscheidende Rolle und schließlich standen die Zwangsmittel des Staates den Versicherungsträgern zur Verfügung[218]. Die Prävention wurde so zu einem Grundbestandteil

---

213) Zum Umweltschutz als Problem der Prävention Clade, Probleme der Gesundheitsvorsorge, S. 24-26.
214) Möller, Die Verhütung der Gefahrenverwirklichung und des Schadens im Versicherungsvertragsrecht, 1. Teil, Zs. f. d. ges. VersWiss 68, 59 (64 ff).
215) Zu den Gründen bei Möller, a.a.O.; Harald Bogs, Chancen und Grenzen produktiver, staatsentlastender Schadensverhütung bei Privat- und Sozialversicherung, in: Grundprobleme des Versicherungsrechts, S. 57 (60 ff).
216) So Frey, Die Schadensverhütung eine Aufgabe des Privatversicherer? Zs. f. d. ges. VersWiss 68, 15 (32 ff).
217) Möller, a.a.O., S. 60 ff; Frey, a.a.O., S. 21 ff.
218) Weitere Gründe finden sich bei Schewe, Die Schadenvorbeugung in der Sozialversicherung durch die Wirtschafts- und Sozialpolitik, Zs. f. d. ges. VersWiss 68, 97 (104-105) und Frey, a.a.O., S. 27.

der Sozialversicherung, der ihr auf sozialen Ausgleich zielendes Wesen maßgeblich mitbestimmt[219].

Neben den mehr sporadischen Versuchen privater Versicherungen muß man daher die Unfallversicherung als einzige Institution ansehen, die einen Umweltbereich weitgehend präventiv bewältigt hat. Ihre Mechanismen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wurden in solcher Geschlossenheit für andere Gebiete nicht einmal annähernd erreicht[220].

bb) Vorsorge, die auf das Individuum bezogen ist

Neben dem umweltbezogenen stehen als zweiter Ansatz der Gesundheitssicherung die das Individuum unmittelbar betreffenden Maßnahmen. Dabei kann es sich um früherkennende oder vorsorgende Maßnahmen handeln.

Im Vorsorgebereich spielt wieder die Unfallversicherung eine führende Rolle, nachdem sie auch den Menschen selbst zum Forschungsobjekt ihrer neu konzipierten Unfallverhütung gemacht hat[221]. Aber auch die anderen Sozialleistungsträger werden auf dem Vorsorgesektor tätig[222], obwohl das Schwergewicht hier beim staatlichen Gesundheitsdienst liegt. Trotz unübersehbarer und in nächster Zeit auch nicht zu behebender Ausstattungsmängel ist dieser Institution die Beseitigung der bedeutendsten Infektionskrankheiten zu verdanken. Auf diese Weise wurde jene Krankheitsart weitgehend verdrängt, um den mehr und mehr dominierenden Zivilisationskrankheiten Platz zu machen[223].

---

219) Walter Bogs, Die Vorsorge im System des Sozialrechts, ZSR 69, 654 ff, 738 (746).
220) Dieter Schäfer, Soziale Schäden, soziale Kosten und soziale Sicherung, S. 86; Rosenberg, a.a.O., zählt außerdem noch die Schwangerenvorsorge in diesem Zusammenhang auf.
221) Vgl. dazu S. 44 .
222) Beispielsweise die Rentenversicherung mit ihren Vorsorgekuren und den Maßnahmen aus § 1305 RVO - dazu S. 55 und 56 .
223) Zu den Aufgaben des Gesundheitsamtes auf präventivem Gebiet umfassend Clade, Probleme der Gesundheitsvorsorge, S. 16 ff.

Die Verhütung der Infektionskrankheiten hat sich in langjähriger Praxis bewährt. Sie läßt sich im großen und ganzen mit relativ geringem Aufwand an sachlichen und personellen Mitteln durchführen. Zu erinnern ist an die Schutzimpfung oder die Röntgenreihenuntersuchungen. Ähnlich wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung der noch weniger erforschten Zivilisationskrankheiten sind bisher mit kaum überwindbaren Schwierigkeiten behaftet. Hier kann man nicht mit einer Impfung helfen. Es gilt, eine Organisation aufzubauen, die durch dauernden Kontakt mit der Bevölkerung in Form einer Gesundheitserziehung zu Auskunft, Beratung und Untersuchung bereit steht[224]. Im Gegensatz zur gezielten Krankheitsvorbeugung stehen der staatliche Gesundheitsdienst ebenso wie die Sozialleistungsträger in dieser allgemeinen Gesundheitsvorsorge noch ganz am Anfang. Über einige Ansätze im Bereich der Kleinkinder- und Säuglingsbetreuung, die auch die Schwangerenversorgung miteinbezieht[225], für die ins Schul- und Berufleben eintretenden Kinder und Jugendlichen[226] sowie für die wehrpflichtigen Heranwachsenden[227] ist man bisher nicht hinausgekommen.

d) Maßnahmen der Früherkennung

Während die Vorsorge ambivalenten Charakter besitzt, sind Maßnahmen der Früherkennung immer personenbezogen, da sie Krankheitssysmptome am einzelnen Patienten feststellen wollen. Wie bereits erwähnt, wurde eine versteckte Früherkennung schon immer über die Krankenhilfe praktiziert[228]. Insoweit

---

224) Ansätze dazu finden sich bei Schmidtchen, Zur Einrichtung von Beratungsstellen für Behinderte, Bl. d. Wohlfahrtspflege 70, 141-143.
225) Rosenberg, a.a.O., S. 31-35; vgl. schon S .
226) Zu den Jugendarbeitsschutz- und den Schuluntersuchungen Clade, a.a.O., S. 20, 26.
227) Zu den Musterungsuntersuchungen vgl. Hippke, Ärztliche Vorsorge- und Fürsorgeuntersuchungen in der Bundeswehr heute und morgen, Wehrmedizinische Monatszeitschrift 74, 1.
228) Vgl. dazu S. 52.

war es jedoch seinem Belieben überlassen, ob der Versicherte vorbeugende Maßnahmen des Arztes beanspruchte. Eine systematische Früherkennung mit exakt definierten Anspruchsgrundlagen wurde erstmals mit dem 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz eingeführt[229]. Damit wurde nur ein kleiner Teil aller früherkennbaren Krankheiten für einen zudem beschränkten Personenkreis der versteckten Früherkennung im Rahmen der Krankenhilfe entzogen. Die Einbeziehung weiterer besonders bedeutsamer Krankheitsarten ist bereits in Modellversuchen erprobt, die ihre Aufnahme empfahlen[230].

Als "große" Alternative zu dieser Methode bietet sich die Integration aller bedeutsamen Krankheiten an[231], eine Lösung, die im Wege nur sporadischer Ergänzung der Krebsfrüherkennung in nächster Zeit nicht erreichbar sein wird. Die Praktikabilität einer solchen Lösung wurde bereits in Form eines groß angelegten Versuches erwiesen, an dem in Baden-Württemberg etwa 50.000 erwerbstätige Krankenversicherte im Alter von 15 bis 60 Jahren beteiligt waren. Das Ziel des Großversuchs lag darin, festzustellen, welche Gesundheitsgefährdungen diesen Personenkreis besonders bedrohen, welche Möglichkeiten der Früherkennung bestehen und ob dieselben praktisch durchführbar sind[232].

Die Kosten einer so umfassenden Anamnese liegen natürlich über denen spezieller Früherkennungsuntersuchungen. Ein zusätzlicher Kostendruck entsteht durch die Entdeckung neuer Erkrankungen, die im Rahmen der Krankenhilfe oder durch spezielle Früherkennungsmaßnahmen nicht erkannt worden wären. Eine eindeutige Kosten-Nutzen-Analyse früherkennender Maßnahmen läßt sich jedoch nicht erstellen und wurde, soweit ersichtlich, bisher noch nicht unternommen.

---

229) Vgl. dazu S.52-53.
230) Pattberg, Früherkennungsuntersuchungen für Herz- und Kreislauferkrankungen im Modellversuch bei Betriebskrankenkassen, BKK 74, 125; Hippke, a.a.O., S. 1 ff.
231) Steuer, Gesundheitsvorsorge, S. 145 geht auf diese Alternative ein. Er will alle Erwachsenen zwischen 25 und 65 Jahren in regelmäßigen Abständen von 2 bis 3 Jahren von diesen Untersuchungen erfaßt wissen.
232) Arbeits- und Sozialministerium Baden-Württemberg, Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, S. 8 ff; dazu Kulpe, Aufwand und Ergebnisse der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung in Baden-Württemberg DRV 71, 108-115.

Ihre Aussage wäre auch nur bedingt anerkennenswert, da es sich bei den heute auf die Vorsorge und Früherkennung verwandten Mitteln um soziale Investitionen handelt, die sich erst nach Jahren amortisieren werden[233]. Für die nähere Zukunft wird man davon ausgehen müssen, daß diese Leistungen die ohnehin strapazierten Finanzen der Krankenkassen weiter belasten werden. Dennoch sollte man ihre bisher vollkommen untergeordnete Bedeutung für die Gesamtausgaben der Krankenversicherung beachten[234] und auch nicht vergessen, daß bisher in der Krankenhilfe versteckte Früherkennungskosten wegfallen. Die Ausgaben für den Sektor Gesundheitssicherung lassen sich so erheblich erweitern, ohne die Gesamtkosten der Krankenversicherung entscheidend zu beeinflussen. Angesichts der damit verbundenen großen Hoffnung auf eine Verminderung zukünftiger Aufgaben, sollte die Entwicklung in dieser Richtung nicht unterbunden werden. Das Schlagwort der "Krankenversicherung als Gesundheitsversicherung" wirkt beim heutigen Stand von Früherkennung und Vorsorge noch als Zukunftsvision, könnte aber bei einem Fortschreiten in der eben angedeuteten Richtung durchaus Realität werden.

e) Gesichtspunkte für eine Systematik der Gesundheitssicherung

Da ein System von Präventionsleistungen noch nicht erkennbar ist und auch die Kriterien der Vorsorge und Früherkennung nur als grober Raster zu verstehen sind, können hier nur einige Hinweise zur Entwicklung einer umfassenden präventiven Gesundheitssicherung gegeben werden.

---

233) Zu dieser Problematik Klausing, Ist die Vorsorgemedizin zu teuer ? Ärztliche Praxis 1973, 1291.

234) Voltz, Gesundheitsvorsorge für den arbeitenden Menschen, Werksärztliches, Schriftenreihe der Firma A. Wolff KG, Bielefeld, S. 1-18 nennt Zahlen für 1966, die sich auch nach Einführung der Früherkennungsmaßnahmen nicht wesentlich geändert haben dürften.

aa) Die umweltbezogene Vorsorge muß versuchen, die bisherigen Gefahrenschwerpunkte noch besser zu beherrschen und das Entstehen neuer auszuschließen. Zur ersten Alternative sei an die Normierung von Höchst- und Richtwerten erinnert, die eine Verunreinigung von Boden, Luft und Wasser eindämmen oder verhindern. Neben diesen Umweltschutzmaßnahmen wird es Aufgabe des Gesetzgebers sein, die Entwicklung technischer Anlagen, deren umstrittenste heute die Atomkraftwerke darstellen, oder anderer technischer Produkte genau zu verfolgen und mögliche Gefährdungen der Bevölkerung schon präventiv auszuschließen. Eine aktuelle Maßnahme des Gesetzgebers stellt das bis zuletzt umstrittene Arzneimittelgesetz dar.

bb) Die personenbezogene Vorsorge wird sich von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten mehr und mehr auf die Vorbeugung gegenüber Zivilisationskrankheiten umstellen, deren bedeutendstes Beispiel heute der Herzinfarkt darstellt. Dabei wird man weniger durch gesetzgeberisches Tätigwerden als durch gesundheitserzieherische Maßnahmen erreichen. Der Bürger kann in unserer freiheitlichen Ordnung nur begrenzt gezwungen werden, bestimmte schädliche Verhaltensweisen wie Alkohol- oder Zigarettenkonsum zu unterlassen. Dennoch sollte nicht unversucht bleiben, ihn durch dauernde Appelle anzuhalten, liebgewordene, aber seiner Gesundheit abträgliche Gewohnheiten aufzugeben. Als erfolgreiches Beispiel sei hier an die "Trimm-Welle" erinnert.

cc) Die Früherkennungsmaßnahmen müssen soweit ausgedehnt werden, daß damit die heute bedeutsamsten Erkrankungen des Menschen erfaßt werden können. Dazu bieten sich als erster Schritt die Herz- und Kreislauferkrankungen an, deren präventive Behandlung erfolgreich erprobt wurde und deren Einbeziehung somit an den Voraussetzungen des § 181 a RVO nicht scheitern sollte. Neben der Normierung dieser Leistungen muß auch sichergestellt werden, daß sie von den Berechtigten in Anspruch genommen werden. Daher sollten Nachlässe oder Rückerstattungen von Beiträgen oder ähnliche materielle Vergünstigungen mit der Inanspruchnahme gekoppelt werden.

dd) Die Krankenhilfe würde auf diese Weise vieler versteckter Früherkennungsmaßnahmen beraubt. Da jedoch aus Kosten- und praktischen Gründen nicht alle Krankheiten früherkennend behandelt werden können, wird sie weiterhin auch präventive Hilfen bieten müssen.

Nur ein in der angedeuteten Richtung fortentwickeltes Gesamtgefüge der Prävention wird eine möglichst lange und selbständige Teilnahme aller Bürger am Leben der Gemeinschaft optimal garantieren[235]. Damit wäre gleichzeitig dem präventiven Erfordernis jeder Reha nach dauerhafter Eingliederung in die Gesellschaft entsprochen.

II) Die Rehabilitation

Der Untersuchung präventiver Leistungen in Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge folgt in diesem Parallelabschnitt eine entsprechende Zusammenstellung rehabilitativer Hilfen derselben Leistungsträger. Dabei werden die Eingliederungshilfen der Systematik in §§ 29 SGB-Allgemeiner Teil, 10 Reha-Angleichsunsgesetz entsprechend in medizinische und berufsfördernde Leistungen, Hilfen zur allgemeinen sozialen Eingliederung sowie ergänzende Leistungen unterteilt. Um die Weiterentwicklung der jeweiligen Leistungsbereiche aufzuzeigen, werden im Anschluß an die Darstellung bisher erbrachter Reha-Leistungen die gesetzlichen Neuregelungen dargestellt, deren Schwerpunkt im gerade behandelten Bereich liegt.

1) Medizinische Leistungen

a) Die medizinischen Reha-Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung wollen die Gesundheitsstörungen des Arbeitsunfallopfers, die Minderung seiner Erwerbsfähigkeit beseitigen sowie eine Verschlimmerung der Unfallfolgen verhüten - § 556 I Nr. 1 RVO.

---

235) Zu dieser Zielsetzung der Präventivmedizin Klausing, Ist die Vorsorgemedizin zu teuer ? Ärztliche Praxis 1975, 1291.

Zu diesem Zweck wird der Verletzte mit ärztlicher Behandlung, Arzneien und anderen Hilfsmitteln, insbesondere orthopädischer Art, versorgt. Man gewährt ihm Versehrtenleibesübung und bei Hilflosigkeit Pflege. Diese Leistungen können - falls erforderlich - auch stationär erbracht werden[236]. Die medizinischen Reha-Maßnahmen werden regelmäßig nach Arbeitsunfällen notwendig, da die Zahl der Berufskrankheiten nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die Patienten werden durch einen Schicksalsschlag zu Rehabilitanden. Sie rekrutieren sich aus allen Altersklassen.[237]

Für die nach Arbeitsunfällen wichtige unverzügliche Behandlung sorgen die Berufsgenossenschaften durch die Einführung spezifischer Heilverfahren, in denen ausgewählte Fachärzte die Verletzten in Einrichtungen betreuen, die besonderen, von den Trägern der Unfallversicherung aufgestellten Anforderungen genügen müssen. Die Grundsätze der sachgerechten Auswahl speziell behandlungsbedürftiger Verletzter und der Rechtzeitigkeit ihrer Behandlung beherrschen diese Verfahren, in denen die freie Arztwahl des Patienten weitgehend eingeschränkt ist[238].

b) Während die Unfallversicherung sich vorwiegend der durch Arbeitsunfälle Verletzten annimmt, setzt sich der Rehabilitandenkreis der Rentenversicherung in erster Linie aus Personen zusammen, die nach langjähriger Erwerbstätigkeit

---

236) Zu Einzelheiten vgl. §§ 556 I Nr. 1, 557 RVO i.V.m. §§ 1-17 der VO über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge in der Unfallversicherung vom 14.11.1928 - RGBl. I S. 387; Vogt, a.a.O., S. 40-41; Etmer, Die wichtigsten Rechtsgrundlagen der Rehabilitation in den Sozialgesetzen, in: Rehabilitation, Band 2/3 der Schriftenreihe der medizinisch-pharmazeutischen Studiengesellschaft, S. 259 (263-264); Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 560 ff; Lauterbach, Gesetzliche Unfallversicherung, S. 320.

237) Stroebel, Rehabilitation der Rehabilitation, Ersk 71, 294 (295).

238) Nähere Erläuterungen des D-Arztverfahrens, des Verletzungsartenverfahrens, des H-Arztverfahrens und anderer spezieller Verfahren bei Wickenhagen, Rehabilitation in der Unfallversicherung, AuSPol 67, 397-400; Rappl, Der Arbeitsunfall, S. 79-80; Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern, S. 6/12 ff; zur Verfassungsmäßigkeit der berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren Brackmann, a.a.O., S. 558 m, n.

den Anforderungen des Arbeitslebens nicht mehr gewachsen sind[239]. Jüngere Erwerbstätige sind mit solchen meist chronischen Verschleißerscheinungen weniger behaftet und treten in der Rentenversicherung im Bereich der Reha nicht so stark in Erscheinung[240]. Die Behandlung kurzfristiger Erkrankungen, die auch diese Gruppe befallen, steht im Aufgabenbereich der Krankenversicherung.

Die im Sinne des § 1237 II RVO "erforderlichen medizinischen Maßnahmen" sind auf den älteren Arbeitnehmerkreis ausgerichtet. Sie entsprechen grundsätzlich denen der Unfallversicherung, sind jedoch primär auf eine stationäre Gewährung ausgerichtet, so daß sie meist als Kur oder Heilbehandlung in Krankenhäusern gewährt werden[241].

c) Den medizinischen Leistungen der Krankenkassen kann man generell ihren rehabilitativen Charakter nicht absprechen, übernehmen sie doch weitgehende Funktionen bei der Eingliederung Behinderter. Einzelne Fälle behandeln sie in eigener Regie, in anderen werden sie phasenweise von anderen Trägern eingeschaltet, die ihre eigenen Leistungen dann an jene der Krankenversicherung anschließen[242].

Insgesamt gesehen ist die Palette krankenversicherungsrechtlicher Reha-Maßnahmen jedoch mehr auf die Behandlung kurzfristiger Leiden beschränkt. Beispiele bilden die Regelungen, daß größere Heil- und Hilfsmittel nur bezuschußt - §§ 193, 187 Nr. 3 RVO - oder Hilfsmittel gegen Verunstaltungen und Verkrüppelungen nur restriktiv gewährt werden.

---

239) Stroebel, Rehabilitation der Rehabilitation, Ersk 71, 294 (295); Brackmann, a.a.O., Band 2 S. 664 u II.

240) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gesamtstatistik der Rehabilitation für 1971, S. 10; dieselbe für 1972 und 1973, jeweils S. 10.

241) Vogt, a.a.O., S. 49; Brackmann, a.a.O., S. 664 u II; Gaber, Die Schadenverhütung in der Rentenversicherung, AV 68, 173 (175); vgl. dazu den Wortlaut des § 2137 II RVO.

242) Auf das Verhältnis der Sozialleistungsträger wird noch einzugehen sein.

d) Die medizinische Versorgung der Kriegsopferversorgung wird den Beschädigten als Heilbehandlung gewährt, wobei nur die Schwerbehinderten einen Anspruch auf Behandlung aller Gesundheitsstörungen besitzen, während ansonsten nur Gesundheitsstörungen als Folge einer Schädigung behandelt werden[243].

Der Umfang medizinischer Betreuung entspricht grundsätzlich dem der Krankenversicherung. Sie erhält aber durch besondere Betonung der othopädischen Versorgung, der Badekuren für vorwiegend chronische Erkrankungen und der Versehrtenleibesübung[244] eine über den Umfang der Krankenkassen hinausgehende rehabilitative Ausrichtung und erlaubt damit eine umfassende Behandlung aller Gesundheitsstörungen.

Die übrigen Versorgungsberechtigten erhalten Krankenbehandlung die inhaltlich der Heilbehandlung weitestgehend entspricht und als Leistungsgrund das Vorliegen einer "Krankheit" im Sinne der Krankenversicherung erfordert[245].

Nicht anders als die Krankenversicherung ist die Sozialhilfe verpflichtet, kranken Personen Krankenhilfe zu gewähren[246]. Allerdings erlangt die Krankenhilfe als Fürsorgeleistung nicht die Bedeutung für die Reha wie in der Krankenversicherung, da für Dauerschäden in erster Linie Maßnahmen der Eingliederungshilfe in Frage kommen, die

---

243) § 10 I, II BVG; dazu Prange, Rehabilitation nach dem Bundesversorgungsgesetz, Medizinische Welt 74, 1999 (2002); Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (212).

244) Etmer, a.a.O., S. 270; Vogt, a.a.O., S. 10 ff; Jung, a.a.O., S. 212; zu BT-Drs. VI/81, S. 16 ff; Prange, a.a.O., S. 2003.

245) § 12 BVG setzt die Krankenbehandlung zur Heilbehandlung in Beziehung. Unterschiede bestehen nur für den Zahnersatz, Badekuren und einige orthopädische Hilfsmittel.
Zum Erfordernis der Krankheit im Sinne des § 182 RVO Wilke, Wunderlich, Bundesversorgungsgesetz und Beschädigtenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz, S. 129.

246) § 37 BSHG, ZfdF 72, 154-157; zur hier nicht behandelten Tuberkulosehilfe Vogt, a.a.O., S. 86 ff; Jung, a.a.O., S. 224; Lankau, Die Tuberkulosehilfe im Zeichen des Bundessozialhilfegesetzes, ZfdF 72, 171-180.

Krankenhilfe folglich auf kurzfristige Leiden ohne Behinderungscharakter beschränkt bleibt[247]. Als Grundstock jeder Reha gelten auch hier die medizinischen Möglichkeiten, die in der Sozialhilfe gut ausgebildet sind und insbesondere durch die Gewährung orthopädischer und anderer Hilfsmittel alle Voraussetzungen einer wirksamen ärztlichen Wiederherstellung bieten[248].

2) Berufsfördernde Leistungen

a) Bisheriger Stand bis zum Jahr 1974

aa) Während medizinische Leistungen zur Reha von allen Trägern außer der Arbeitsverwaltung erbracht werden, besitzt dieser Leistungsträger bei beruflichen Hilfen eine hervorragende Stellung.

Als zentrale, besonders auf den Kreis Jugendlicher Rehabilitanden zugeschnittene Reha-Maßnahme der Arbeitsverwaltung gilt die Förderung der beruflichen Ausbildung[249]. Sie will grundsätzlich jeden Behinderten zum Abschluß eines im Berufsbildungsgesetz vorgesehenen Berufes führen, um damit optimale Wettbewerbschancen im Erwerbsleben herzustellen[250]. Kann eine solche Qualifikation wegen der Schwere der Behinderung nicht erworben werden, erlaubt sie auch die Teilnahme an Lehrgängen, die eine berufliche Eingliederung zunächst fördern oder auf niedrigem Niveau anstreben[251].

Die Förderung beruflicher Fortbildung und Umschulung[252] erfaßt in erster Linie den Kreis im Berufsleben stehender

---

247) Knopp, Fichtner, BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 53; Schellhorn, Jirasek, Seipp, BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 36.
248) §§ 40 I Nr. 1, 2 BSHG, 7-11 Eingliederungshilfeverordnung.
249) §§ 9-23 A-Reha; zu ihrer Bedeutung für jugendliche Behinderte, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gesamtstatistik der Rehabilitation 1973, S. 10.
250) § 10 Nr. 1-3 A-Reha; dazu Hoppe, Berufliche Rehabilitation nach dem AFG, NDV 71, 31 (36).
251) § 10 Nr. 4-5 A-Reha; dazu Hoppe a.a.O.
252) Dazu §§ 24-40 A-Reha.

oder bereits ausgegliederter Behinderter. Sie gibt ihnen die Möglichkeit, durch Erwerb zusätzlicher oder neuer Qualifikationen als vollwertige Arbeitskraft einen Platz in der Arbeitswelt anzustreben oder zu behalten[253].

Diese Ansprüche mit eindeutig individuellem Charakter werden von einigen Hilfen unterstützt, deren institutionelle Ausrichtung nicht zu verkennen ist, die allerdings wohl eher dem individuellen Sektor angehören, wo sie auch in der A-Reha systematisch eingeordnet werden. Es handelt sich um die an die Arbeitnehmer zu zahlenden Einarbeitungs- und Ausbildungszuschüsse[254]. Der Einarbeitungszuschuß will den Arbeitgeber anregen, dem Behinderten die zum Erreichen der vollen Leistungsfähigkeit erforderlichen beruflichen Kenntnisse zu vermitteln[255], während der Ausbildungszuschuß als Anreiz zur betrieblichen Ausbildung und Umschulung gedacht ist[256]. Letztlich dienen beide Leistungen dazu, die Basis zur Durchführung beruflicher Reha-Maßnahmen auch in der Privatwirtschaft zu verbreitern[257].

Mit diesem Instrument besitzt die Arbeitsverwaltung eine Handhabe, berufliche Eingliederung nach modernsten Erkenntnissen einzuleiten, durchzuführen und nachzubetreuen.

---

253) Zu den erleichterten Möglichkeiten der Inanspruchnahme dieser Leistungen für Behinderte Hoppe, a.a.O., S. 37.

254) Einarbeitungszuschuß in § 40, Ausbildungszuschuß in §§ 41-43 A-Reha, also im 2. Abschnitt der Anordnung, die die "individuelle Förderung der beruflichen Bildung Behinderter" regelt.

255) Hoppe, a.a.O., S. 37; Jung, a.a.O., S. 186 (208).

256) Jung, Berufliche Rehabilitation nach dem Arbeitsförderungsgesetz, BABl 69, 341 (344); Hoppe, Zuschüsse an Arbeitgeber nach dem Arbeitsförderungsgesetz, DB 72, 2398 (2402); zur Eingliederungsbeihilfe §§ 54 AFG, 96-98 A-Reha.

257) Vgl. dazu die richtungweisenden Bemühungen, diese Problematik durch tarifvertragliche Regelungen zu lösen bei Guha, Pfälzischer Hoffnungsschimmer für behinderte Jugendliche, Frankfurter Rundschau vom 10.9.1975, S. 4.

bb) Die Maßnahmen der Berufshilfe in der gesetzlichen Unfallversicherung sollen den Verletzten in erster Linie befähigen, in seinen alten Beruf zurückzukehren, da er dort am ehesten wieder Anschluß an die abrupt unterbrochenen Kontakte mit seiner Umwelt finden wird[258]. Erst wenn dies wegen der Schwere der Verletzung nicht möglich ist, darf an eine Anlernung, Umschulung oder Fortbildung gedacht werden[259]. Der neu erlernte Beruf soll dem alten möglichst weit gleichwertig sein. Dieser von der Ablösung der zivilrechtlichen Schadensersatzregelung durch die berufsgenossenschaftliche Reha herrührende Gedanke, der noch stark an das Prinzip der Naturalrestitution erinnert, verbietet indessen einen beruflichen Aufstieg des Rehabilitanden nicht. Allerdings besteht kein Anspruch des Verletzten auf eine solche Förderung[260].

An die Hilfen zur Erlangung einer Arbeitsstelle schließen sich nachgehende Maßnahmen der Berufshilfe an, die einen dauerhaften Erfolg rehabilitativen Bemühens sichern wollen.[261]

cc) In das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung wurden 1957 erstmals Maßnahmen der Berufsförderung aufgenommen. Sie wurden weit gefaßt, um den Versicherungsträgern eine Bewältigung der neuen Materie zu erleichtern[262]. Wie bei der

---

258) Dazu im einzelnen §§ 556 I Nr. 2, 567 RVO, 18 ff der VO in RGBl. 1928 I S. 387 - vgl. Fußnote 236.

259) Zu den Maßnahmen der Berufshilfe Vogt, a.a.O., S. 43, 44; Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (199); Gridl, Die Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 151-158. Es geht auf die Besonderheiten bei Berufskrankheiten, die in der Regel eine Wiederaufnahme des ausgeübten Berufes verbieten, ein Koetzing, Prävention und Rehabilitation bei Berufskrankheiten, in: Festschrift für Lauterbach, S. 237 (244).

260) Vogt, a.a.O., S. 43, der diese Regelung zu Recht kritisch beleuchtet; Trachte, Harmonisierung der Rehabilitationsleistungen, BG 73, 381.

261) Zu Einzelheiten des § 567 I Nr. 4 RVO Moleski-Müller, Soziale Hilfe, in: Rehabilitation, Band 1, S. 165 (167).

262) § 1237 III RVO enthielt die Gesamtregelung der Berufsförderung. Dazu Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 664 x.

Unfallversicherung soll die Eingliederung in den bisherigen Beruf zunächst gefördert werden, in den der Behinderte all seine Erfahrungen und Kontakte einbringen kann, um auf diese Weise wieder schnell Anschluß zu finden[263]. Sollte dies wegen der Schwere der Behinderung unmöglich sein, muß eine Ausbildung für einen neuen Beruf erfolgen. Diese Umschulung oder Fortbildung darf jedoch nicht zu einem sozialen oder wirtschaftlichen Abstieg des Umschülers führen, weshalb § 1237 III RVO entscheidend auf die Zumutbarkeit der neuen Tätigkeit abstellt[264].

dd) Die beruflichen Reha-Hilfen des BVG werden als Maßnahmen der Kriegsopferfürsorge - §§ 25 ff BVG - erbracht: "Die Kriegsopferfürsorge hat sich der Beschädigten anzunehmen und ihnen behilflich zu sein, die Folgen der erlittenen Schädigung oder des Verlustes des Ernäherers nach Möglichkeit zu überwinden oder zu mildern"[265]. Die in der Sozialhilfe dominierenden Prinzipien des Nachrangs und der Individualisierung prägen auch das Bild der Kriegsopferfürsorge. Trotzdem ist sie als Teil des Versorgungsrechts anerkannt und dogmatisch diesem Bereich zuzuordnen[266].

Sie will jedem Versorgungsberechtigten unter Berücksichtigung seines Einkommens und Vermögens eine Lebensstellung verschaffen, die insofern "angemessen" ist, als sie der Position entspricht, die er ohne die Schädigung wahrscheinlich hätte[267].

---

263) Vogt, a.a.O., S. 49-50.
264) Schmidt, Die Rehabilitation - gesundheitliche und berufliche Förderung Erwerbsgeminderter in der Rentenversicherung der Angestellten, AV 66, 119, 154 (155); Vogt, a.a.O., S. 51 kritisiert die rigorose zeitliche Befristung dieser Hilfen zu Recht.
265) So § 25 I 1. Halbsatz BVG; dazu BT-Drs. VI/81, S. 103; Prange, Rehabilitation nach dem Bundesversorgungsgesetz, Medizinische Welt 74, 1999 (2005); Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 261.
266) Vogt, a.a.O., S. 15.
Zu den Prinzipien des Nachrangs und der Individualisierung Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, S. 6-7; Wilke, Wunderlich, a.a.O., S. 215; Senhold, Schlüsche, 50 Jahre Fürsorge und Sozialhilferecht, ZfdF 74, 98 (101).
267) Näher zur Bestimmung der Angemessenheit in zu BT/Drs. VI/81, S. 105; Wilke, Wunderlich, a.a.O., S. 215.

Zentrale Bedeutung in diesem Zusammenhang besitzen die umfassenden Maßnahmen beruflicher Reha[268], die von der beruflichen Ausbildung bis zu Maßnahmen der Fortbildung oder Umschulung reichen und einen beruflichen Aufstieg nicht ausschließen. Selbst die Unterstützung von Doktoranden und Habilitanden ist vorgesehen. Daran schließen sich nachgehende Hilfen am Arbeitsplatz an, die unter anderem auch dazu dienen, einen Arbeitsplatz zu sichern oder zu erlangen. Neben dieser Förderung von Arbeitnehmerberufen ermöglicht die Kriegsopferversorgung Hilfen zum Aufbau einer selbständigen Existenz[269].

In den Genuß dieser Möglichkeiten kommen neben den Beschädigten in begründeten Fällen auch Witwen, sofern sie ins Erwerbsleben eintreten wollen[270].

ee) Die Sozialhilfe gewährt berufliche Hilfen in Form einer Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung[271]. Wird ein beruflicher Aufstieg durch behinderungsbedingte Nachwirkungen gehemmt, so kann die Sozialhilfe sogar eine neue Karriere im Berufsleben fördern, um Wettbewerbsnachteile auszugleichen[272].

---

268) Vogt, a.a.O., S. 15-17; zu BT-Drs. VI/81, S. 105-107; Prange, a.a.O., S. 2005; Wilke, Wunderlich, a.a.O., S. 221; zu den einzelnen Leistungen §§ 26 BVG i.V.m. 5 ff der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge in der Fassung vom 27. August 1965 - BGBl. I S. 1031.

269) Dazu insbesondere § 26 II Nr. 3 zweiter Halbsatz BVG i.V.m. § 14 der VO zur Kriegsopferfürsorge; diese Maßnahme kann entscheidend durch eine Rentenkapitalisierung unterstützt werden.

270) § 26 III BVG; dazu Wilke, Wunderlich, a.a.O., S. 222.

271) Dazu §§ 40 I Nr. 4, 5 BSHG, 13, 14, 16, Eingliederungshilfeverordnung; im einzelnen zur beruflichen Reha der Sozialhilfe Gottschick, Giese, Das BSHG, Kommentar, § 40 Anm. 4 ff; Schellhorn, Jirasek, Seipp, BSHG, Kommentar, § 40 Anm. 9; Vogt, a.a.O., S. 76 ff.

272) Speziell zu den Motiven und Einzelheiten einer Hilfe zum beruflichen Aufstieg Vogt, a.a.O., S. 77; Knopp, Fichtner, BSHG, Kommentar, § 40 Anm. 94.

Auch hier werden die Hilflosesten nicht vergessen, denen eine Berufsausbildung wegen der Schwere ihrer Schäden unmöglich ist, und die deshalb die Gelegenheit erhalten, eine ihren Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit auszuüben. Dabei tritt die wirtschaftliche Verwertbarkeit ihres Tuns zugunsten seiner Sinnerfüllung für das Leben auch dieser Menschen völlig in den Hintergrund[273].

An die Hilfen zur beruflichen Eingliederung können Maßnahmen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes sowie nachgehende Hilfen zur Sicherung des Reha-Erfolges angeknüpft werden[274].

ff) Der Bereich beruflicher Eingliederung wurde im Rahmen der neueren Reha-Gesetzgebung vor allem durch das Schwerbehindertengesetz weiterentwickelt. Neben dem Schwerbehindertengesetz enthalten das Schülerunfallversicherungsgesetz und das umfassende Reha-Angleichungsgesetz weitere bedeutsame Änderungen, die allerdings erst später bei der Darstellung dieser Gesetze behandelt werden sollen.

b) Fortentwicklung durch das Gesetz zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 29. April 1974 - BGBl. I S. 1006

aa) Die Entwicklung der Schwerbehindertengesetzgebung

Das Schwerbehindertengesetz bildet den vorläufigen Endpunkt einer langen Entwicklung. Beschränkten sich die staatlichen Maßnahmen zum Schutz schwerbehinderter Personen bis zum ersten Weltkrieg vornehmlich auf die finanzielle Versorgung Kriegsversehrter[275], so stellte die

273) Dazu §§ 40 I Nr. 4 BSHG, 13 II, 15, 17 II Eingliederungshilfeverordnung.
274) §§ 40 I Nr. 6, 7 BSHG, 17 ff Eingliederungshilfeverordnung.
275) Wilrodt, Neumann, Schwerbehindertengesetz, S. 45; Jung, Das neue Schwerbehindertengesetz, BABl 74, 177 (179); zur Entwicklung staatlicher und privater Fürsorge für Schwerbehinderte bis zum 1. Weltkrieg Kraus, Die Neuordnung des Schwerbehindertenrechts, NDV 74, 281.

Vielzahl der Opfer dieses ersten modernen Krieges den Gesetzgeber vor ein soziales Massenproblem neuen Ausmaßes.

Aus der Erkenntnis heraus, daß es eine nationale Aufgabe und damit die Pflicht des Staates sei, den im Dienst der Allgemeinheit zu Schaden gekommenen Behinderten - dazu zählten neben den Kriegs- auch die Arbeitsopfer - eine wirksame Hilfe zu gewähren, wurde der entscheidende Schritt von einer bloßen Versorgung zur echten Wiedereingliederung dieses Personenkreises getan.[276)]
Der Ausbau staatlicher Hilfen für Schwerbeschädigte wurde nach dem 1. Weltkrieg mit dem als sozialpolitisch vorbildlich charakterisierten Schwerbeschädigtengesetz vom 12. Januar 1923 - RGBl. I S. 258 - abgeschlossen und trug entscheidend dazu bei, trotz schwerster Wirtschaftskrisen neben den 350.000 schwerbeschädigten Kriegsopfern zusätzlich 100.000 Arbeitsunfallverletzte ins Erwerbsleben zu integrieren[277)].

Diese gesetzliche Grundlage mußte erst 1953 durch das "Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter" vom 16. Juni 1953 reformiert werden[278)], um der im Verlauf des 2. Weltkrieges nochmals erheblich angestiegenen Zahl von Kriegsversehrten ausreichende Hilfen gewähren zu können und um die in der Nachkriegszeit entstandene Zersplitterung des Schwerbeschädigtenrechts zu beseitigen.

---

276) Jung, a.a.O., S. 180; Weber, Schwerbehindertengesetz, S. 1; Jung-Cramer, Das neue Schwerbehindertengesetz, S. 5; durchaus vorhandene Eingliederungsbestrebungen vor dem ersten Weltkrieg schildert Ziem, Der Beschädigte und Körperbehinderte im Daseinskampf einst und jetzt, S. 12. So bestimmte Friedrich Wilhelm I. bereits 1723: "Zu allen Thorschreibern, Mühlenbereutern, Polizeireutern, Ausreutern und dergleichen geringen Bedingungen wollen wir Niemand anders, als Invaliden, Unteroffiziere und Soldaten employiret wissen".
277) Jung, a.a.O., S. 180; Siegler, 50 Jahre Schwerbeschädigtengesetz, AuSR 70, 106 (108); Weber, a.a.O., S. 2.
278) BGBl I S. 389

Nach einer wenig bedeutsamen Novellierung des Jahres 1961[279] stellt das neue Schwerbehindertengesetz nun eine weitgehende Neukonzeption einer modernen Schwerbehindertenversorgung dar[280]. Dabei behielt das Gesetz seine Natur als "Arbeitsschutzgesetz mit Fürsorgecharakter"[281], dessen Einzelnormen teils dem öffentlichen, teils dem Privatrecht angehören[282].

bb) Inhalt des Gesetzes

Nachdem 1923 die Arbeitsopfer als erste Gruppe nicht kriegsbeschädigter Behinderter in die staatliche Schwerbehindertenversorgung aufgenommen wurden, blieb der Leistungsfächer dieses Gesetzes den übrigen Schwerbehinderten verschlossen[283]. Trotz wiederholter Ansätze im Rahmen der Novellierungen von 1953 und 1961 war es dem Schwerbehindertengesetz vorbehalten, endlich den Schritt von der kausalen zur finalen Bestimmung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu tun[284]. Nicht mehr Art, Ursache oder Verschulden der Behinderung begründen die Hilfsbedürftigkeit, sondern alle im Arbeitsleben dauerhaft benachteiligten Erwerbspersonen mit einer Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit um mindestens 30 % werden zur Egalisierung dieser Chancenungleichheit in den

---

279) Auf diese Novelle - BGBl. I S. 1233 - gehen ein Siegler, a.a.O., S. 109; Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 240-246, dessen gesamte Kommentierung auf dieser Regelung von 1961 basiert.

280) Jung, Schwerbeschädigtengesetz, DB 74, 919 spricht von einem "Durchbruch".

281) Siegler, Vom Schwerbeschädigten- zum Schwerbehindertenrecht, Bl. f. Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht 74, 169 (172); Mayer, Die Pflicht des Arbeitgebers zur Beschäftigung von Schwerbeschädigten, S. 18; Siegler, Der Fürsorgecharakter des Schwerbeschädigtenrechts, AuSR 72, 258.

282) Einzelheiten zur Zuordnung bestimmter Normenkomplexe zum öffentlichen oder privaten Recht bei Jung, Vom Schwerbeschädigten- zum Schwerbehindertengesetz, DB 74, 919 (921); ders., BABl 74, 181-182.

283) Zur Entwicklung des geschützten Personenkreises Marienhagen, Das neue Schwerbehindertengesetz, BB 74, 743.

284) Glombig, a.a.O., S. 4; Kraus, a.a.O., S. 282; Siegler, Bl. für Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht 74, 169 (172); Jung, DB 74, 919.

Schutzbereich des Gesetzes einbezogen[285].

Die pauschale Gewährung derselben Unterstützung an alle älteren Arbeitnehmer wurde zwar wiederholt gefordert, unterblieb indessen zu Recht aus systematischen und Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten. Denn dieser Personenkreis ist zum einen nicht überwiegend behindert und wettbewerbsunfähig, zum anderen vom AFG in weitem Umfang bereits abgesichert[286].

Zentrales Instrument zur Sicherstellung der Eingliederung dieser Schwerbeschädigten ist die den Arbeitgebern auferlegte Beschäftigungspflicht. Nach der Neuregelung des Komplexes ist jeder Unternehmer mit mindestens 16 Arbeitnehmern verpflichtet, 6 % seiner Arbeitsplätze mit Behinderten zu besetzen. Kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, muß er für jede nicht besetzte Stelle eine Ausgleichsabgabe von 100 DM monatlich zahlen, die zum einen die Sicherstellung der Beschäftigungspflicht bewirken will, zum anderen wirtschaftliche Nachteile der Unternehmen auszugleichen versucht, die diese eventuell durch die Beschäftigung der gesetzlich geforderten Anzahl von Schwerbehinderten erleiden[287].

---

285) Innerhalb dieser Gruppe muß man differenzieren: Personen mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 % genießen den Schutz automatisch. Personen mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 30 % nehmen nur daran teil, wenn sie dauerhaft benachteiligt sind und ihrem Antrag auf Gleichstellung mit den Erstgenannten entsprochen wird. Dazu im einzelnen §§ 1-3 Schwerbehindertengesetz; zum Personenkreis Ritzler, Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft, S. 93 ff; Neubert, Becker, a.a.O., S. 54 ff; Jung, BABl 74, 183.

286) Weber, a.a.O., § 1 Anm. 1 ff; Ritzler, a.a.O., S. 107; Eine eventuelle erforderliche Verbesserung der Förderungsmöglichkeiten für ältere Arbeitnehmer wäre systematisch im Zusammenhang mit §§ 97-99 AFG zu normieren. Ihre Aufnahme ins Schwerbehindertengesetz würde dessen Charakter als Reha-Gesetz beeinträchtigen.

287) §§ 4-7 Schwerbehindertengesetz regeln Einzelheiten zum Umfang der Beschäftigungspflicht, der Beschäftigung besonderer Gruppen Schwerbehinderter, zum Begriff des Arbeitsplatzes und der Berechnung der Pflichtplätze. § 8 enthält die Regelung der Ausgleichsabgabe. Dazu Glombig, Bericht zum Entwurf eines Schwerbehindertengesetzes der Bundesregierung, BT-Drs. VII/1515, S. 4-5; Fachmann, Das neue

Forts. n. Seite

Der Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber entspricht kein Anspruch irgendeines Behinderten auf Einstellung, der immer erst mit Abschluß eines Arbeitsvertrages entsteht. Hat der Behinderte die Arbeit jedoch aufgenommen, genießt er einen verstärkten Kündigungsschutz[288].

Zum Ausgleich der eingeschränkten Entfaltungsmöglichkeiten werden dem Schwerbehinderten einige zusätzliche Vergünstigungen eingeräumt. Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers wird besonders intensiviert[289].

Die Durchführung des Gesetzes wird sowohl auf betrieblicher als auch auf überbetrieblicher Ebene durch ein Geflecht von Organisationen sichergestellt. Als Interessenvertreter der Behinderten im Betrieb fungiert der Vertrauensmann, dessen Einflußmöglichekiten durch das Schwerbehindertengesetz entscheidend verstärkt wurden[290]. Ihm steht als Kontaktmann

---

Forts. Fn. 287
Schwerbehindertengesetz, ZfdF 74, 121 (122); Martin, Gedanken eines Arbeitgebers zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts, Soziale Arbeit 73, 241 (243); zur früher üblichen Praxis, die fällige Ausgleichsabgabe zu erlassen Licht, Gesetzentwurf für ein Schwerbehindertengesetz, Soziale Arbeit 73, 291 (295) und Zanker, Überlegungen zur Änderung des Schwerbeschädigtengesetzes, ZfSH 71, 289 (290).

288) Einzelheiten der Ausgestaltung dieses Kündigungsschutzes enthalten §§ 12-19 Schwerbehindertengesetz.

289) §§ 11, 41 ff regeln die besonderen Pflichten der Arbeitgeber, Sondervergünstigungen bei Urlaubs- und Mehrarbeitsregelungen, aber auch für die Aufnahme selbständiger Tätigkeiten.
Eine in diesem Ausmaß unbekannte Förderung institutioneller Reha sieht das Schwerbehindertengesetz für Werkstätten für Behinderte in §§ 52-56 vor.
Ebenfalls neu normiert wird die Verpflichtung, eine im Gesetz inhaltlich näher umschriebene Statistik im Abstand von 5 Jahren zu erheben - § 51 Schwerbehindertengesetz.

290) Zu Rechten und Pflichten des Vertrauensmannes §§ 20-26 des Gesetzes; dazu Fachmann, a.a.O., S. 124; Marienhagen, a.a.O., S. 747; Schmidt, Die persönlichen Rechte und Pflichten des Vertrauensmannes der Schwerbehinderten im neuen Schwerbehindertengesetz, Arbeit und Recht, 74, 75-80.

der Beauftragte des Arbeitgebers in Schwerbeschädigtenangelegenheiten zur Seite. Beide haben die Aufgabe, eine optimale Teilnahme der Behinderten am Betriebsleben zu ermöglichen[291].

Die Durchführung des Gesetzes wird den Hauptfürsorgestellen im Zusammenwirken mit der Bundesanstalt für Arbeit übertragen. Bei Erfüllung dieser Tätigkeit sieht das Schwerbehindertengesetz eine intensivierte Mitarbeiter der Behindertenorganisationen vor, die zahlenmäßig stark in den, beiden Leistungsträgern zugeordneten Ausschüssen sowie im Beirat für die Rehabilitation der Behinderten beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vertreten sind[292].

cc) Spezifika und Funktion des Schwerbehindertengesetzes für die Rehabilitation

Das Schwerbehindertengesetz geht als Arbeitsschutzgesetz mit Fürsorgecharakter davon aus, daß eine erfolgreiche Eingliederung in die Gesellschaft untrennbar mit dem Wiedereintritt ins Erwerbsleben verknüpft ist. Demzufolge enden die Hilfen des Gesetzes an den Grenzen der beruflichen Reha. Eine nur gemeinschaftsbezogene Integration wird nicht angestrebt. So dürfen die Mittel der Ausgleichsabgabe nur zu Zwecken der Arbeits- und Berufsförderung Schwerbehinderter verwandt werden[293]. Die einen Reha-Erfolg sichernden nachgehenden Hilfen als bedeutende Leistungen

---

291) Seine Funktion beschreibt § 25 des Gesetzes.

292) Kompetenzen und Kooperation von Hauptfürsorgestellen und Bundesanstalt für Arbeit regeln §§ 27, 28,30 des Gesetzes. Zusammensetzung und Aufgaben der Ausschüsse regeln: § 29 für den beratenden Ausschuß bei den Hauptfürsorgestellen, § 31 für denselben bei der Bundesanstalt für Arbeit, § 32 für den Beirat für die Rehabilitation der Behinderten.

293) So § 8 III des Gesetzes; dazu Fachmann, a.a.O., S. 122; Jung, Cramer, a.a.O., S. 16; Jung, DB 74, 919 (922); kritisch dazu Siegler, Bl. f. Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht, 74, 169; ders., AuSR 72, 258.

des Schwerbehindertengesetzes werden nur gewährt, soweit irgendein Bezug zum Arbeitsleben besteht, eine nur sozial motivierte Zielsetzung bleibt auch ihnen fremd[294].

Mit dieser Aufgabenstellung ist das Gesetz nicht wie die einzelnen Reha-Träger für die regelmäßig umfassende Betreuung abgegrenzter Behindertengruppen zuständig. Es spannt sich als "sicherndes Netz" unter die verschiedenen Leistungsnormen und besitzt eine Anschlußfunktion, die allerdings über die Möglichkeiten beruflicher Wiedereingliederung nicht hinausgreifen[295]. Insofern weckt sein Titel Hoffnungen, die mit der Formulierung einer "Eingliederung in Arbeit, Beruf und - damit - in die Gesellschaft" realistischer wiedergegeben wären.

Wie schon erwähnt, kann kein Schwerbehinderter einen Einstellungsanspruch auf das Schwerbehindertengesetz stützen, welches es als "Gesetz des guten Willens" grundsätzlich den Arbeitgebern überläßt, ob sie die ihnen obliegende Pflichtzahl durch Einstellung erfüllen[296]. Daß dieser gute Wille zumindest in Krisenzeiten einer allein ökonomisch orientierten Betrachtungsweise weichen muß, zeigt die erheblich angestiegene Zahl arbeitsloser Schwerbeschädigter[297].

---

294) So schon der Gesetzeswortlaut in § 28 I Nr. 3 Schwerbehindertengesetz, dazu Jung, Cramer, a.a.O., S. 135; Neubert, Becker, a.a.O., S. 253 sowie die dort auf S. 258 ff abgedruckten Richtlinien der Hauptfürsorgestellen über die Durchführung der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben.

295) Jung, DB 74, 919 (921); ders., BABl 74, 177 (182);

296) Neubert,Becker, a.a.O., S. 243 ff.

297) Zu dieser Entwicklung mit genauen Zahlenangaben für 1974 und 1975 Thiele, Schwerbehindertengesetz - Ein Jahr Erfahrungen, BABl 75, 327-330; Kraus, Ziel und Wege der Eingliederung Behinderter in Arbeit und Beruf, NDV 75, 35; ders., Behinderte - Sicherung der Arbeitsplätze, Der Arbeitgeber 75, 84-85.

Es ist zwar richtig, darauf hinzuweisen, daß im Vergleich zur allgemeinen die Arbeitslosigkeit der Schwerbehinderten weniger stark angestiegen ist[298]. Blickt man jedoch auf die Erfolge zurück, die die Schwerbeschädigtengesetzgebung während der zwanziger Jahre in der ungleich einschneidenderen Wirtschaftskrise erzielte[299], so verliert dieses Argument an Bedeutung. Es muß einer Forderung nach Ausschöpfung aller vom Schwerbehindertengesetz gebotenen Möglichkeiten weichen, um diese einer "fortschrittlichen" Schwerbehindertengesetzgebung schlecht zu Gesicht stehende Misere bald zu beheben.

Unter diesem Aspekt tritt die als große Errungenschaft der Neufassung gepriesene Förderung des beruflichen[300] Aufstiegs etwas in den Hintergrund zugunsten einer vorrangigen Unterbringung aller Schwerbehinderten im Arbeitsprozeß.

3) Hilfen zur allgemeinen sozialen Eingliederung

a) Leistungsangebot bis zur neueren Rehabilitations-Gesetzgebung

Die Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung werden fast ausschließlich durch die Sozialhilfe und die Kriegsopferversorgung erbracht. Neben den Instituten der Hilfe zur Pflege, der Alten- und Gefährdetenhilfe bildet die Eingliederungshilfe der §§ 39, 40 BSHG den Schwerpunkt fürsorgerischen Bemühens[301].

---

298) Vgl. dazu den Abgeordneten Glombig, 3. Lesung des Gesetzes zur Sozialversicherung Behinderter, Sten.Ber. der 152. Sitzung des Bundestages der 7. Wahlperiode, S. 10482. Dies ergibt sich aus den bei Thiele, a.a.O. genannten Zahlen und wurde insbesondere von der Bundesregierung immer wieder betont.

299) Grundlage dieser Forderung bildet § 11 II des Gesetzes - dazu Glombig, a.a.O., S. 6; Kraus, NDV 74, 281 (283).

300) Vgl. dazu die in Fußnote 277 zitierte Literatur zu diesem speziellen Anliegen.

301) Diese Normen werden ergänzt durch §§ 7-22 der Eingliederungshilfeverordnung.

Der Umfang sozialhilferechtlicher Reha erlaubt die systematische Förderung eines Behinderten von der Vorschule bis ins Erwachsenenalter. Eine solche oft lebenslange Betreuung durch die Träger der Sozialhilfe genießt vor allem der Personenkreis Schwerst- und Dauerbehinderter. Auch im Rahmen der schulischen und vorschulischen Habilitation von Kindern und Jugendlichen muß der Sozialhilfe eine Pionierfunktion zugesprochen werden[302].

In der Betreuung dieser Bürger kommt die besondere ethische Fundierung der Eingliederungshilfe zum Tragen, die als direkter Ausfluß des Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz auch den bedauernswertesten Mitbürgern zu einer Milderung ihrer Behinderung verhelfen will, um ihnen zumindest eine sinnvolle Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen[303].

Die in § 40 BSHG in Verbindung mit der zu § 47 BSHG erlassenen Eingliederungshilfeverordnung normierten Maßnahmen setzen bereits mit heilpädagogischen Maßnahmen im Vorschulalter ein, soweit dadurch ein künftiger Schulbesuch ermöglicht wird[304]. Der Besuch von Volks-, Mittel-, höheren oder Sonderschulen gehört ebenfalls zum Förderungskatalog der Sozialhilfe[305].

Erst die Ergänzung der Eingliederungshilfe durch die Hilfe zur Pflege läßt eine umfassende Betreuung des Kreises Schwerst- und Dauerbehinderter zu. Dem dynamischen Charakter der Eingliederungshilfe, die letztlich eine Besserung des Leidens und ein Unabhängigwerden von Pflege anstrebt, gesellt sich in Form der Hilfe zur Pflege ein rein bewahrendes Element hinzu. Letztere versucht lediglich, die schweren

---

302) Neseker, Rehabilitation im Bereich der Sozialhilfe, Der Arbeitgeber 70, 859-860; speziell zum Kreis der Kinder Bläsig, Eingliederungshilfe für körperbehinderte Kinder, ZfdF 70, 23-24 und Oel-Monat, Aufgaben der Sozialhilfe bei der Eingliederung von Kindern und Jugendlichen, in: Fürsorge im sozialen Rechtsstaat, S. 374 (385).

303) Luber, Bundessozialhilfegesetz, Kommentar, § 39 Anm. 24.

304) §§ 40 I Nr. 7 BSHG, 12 Nr. 1 Eingliederungshilfeverordnung, dazu Vogt, a.a.O., S. 77.

305) Zur weitgehenden Abdeckung dieses Bereiches durch die Schulgesetzgebung der Länder Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (223-231); Vogt, a.a.O., S. 96-100.

Behinderungen erträglich zu machen, damit der Behinderte wenigstens den Grundanforderungen des täglichen Lebens genügen kann. Denn nur so wird ihm eine, wenn auch begrenzte Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Hier leistet das Pflegegeld entscheidende Hilfe, das die meist sehr aufopferungsvolle Pflegetätigkeit finanziell absichern will[306].

Blinden wird zum Ausgleich der ihnen durch ihre Behinderung entstehenden Mehraufwendungen kein Pflegegeld, sondern Blindenhilfe gewährt, die wegen der besonderen Hilfebedürftigkeit dieser Gruppe ihre bevorzugte Versorgung durch höhere Zuwendungen unter erleichterten Voraussetzungen ermöglicht[307]. Da mit zunehmendem Alter die Anfälligkeit für Leiden aller Art wächst, sind nicht wenige Behinderte alte Menschen. Diese Gruppe kann natürlich alle Hilfearten des BSHG in Anspruch nehmen[308], wird aber durch die im 13. Unterabschnitt gewährte Altenhilfe schwerpunktmäßig gefördert. § 75 BSHG erlaubt ein Eingehen der Sozialhilfeträger auf deren spezielle Bedürfnisse, will ihnen insbesondere einen Kommunikationskreis erhalten und Möglichkeiten zur Beschäftigung eröffnen.

---

306) Zu Einzelheiten häuslicher und stationärer Pflege und zum Pflegegeld in §§ 68-69 BSHG; dazu Gottschick, Giese, Das Bundessozialhilfegesetz, Kommentar, § 39 Anm. 9; Luber, BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 22 m; Schlüsche, Zehn Jahre Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, ZfdF 72, 193-197; zur Hilfe zur Pflege in anderen Sozialgesetzen Kreutzer, Rechtsgrundlagen der Hilfe zur Pflege, S. 32-39.

307) § 67 BSHG regelt die Blindenhilfe; dazu Malitz, Die Blindenhilfe und ihre Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren, ZfdF 72, 180-182 und Vogt, a.a.O., S. 94-96, der eine Ausweitung dieser Vergünstigungen auf andere gleichschwer Behinderte zu Recht fordert.

308) Wehlitz, Die Altenhilfe nach dem BSHG, S. 33; Lange, Hilfe zum Lebensunterhalt, in: Altenhilfe und BSHG, S. 258-264; Gocken, Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege und Weiterführung des Haushalts, ebenda, S. 265-274; Führer, Hilfe zur Betätigung, ebenda, S. 279-284; Ort, Die Altenhilfe nach dem BSHG, ZfdF 72, 102-105.

Als spezieller Unterfall der Eingliederungshilfe wird die Hilfe für Gefährdete angesehen[309]. Beider Ziel ist es, den Behinderten in die Gemeinschaft zurückzuführen. Während der Empfänger von Eingliederungshilfe körperlich, geistig oder seelisch behindert sein kann, verlieren körperliche Schäden in der Gefährdetenhilfe an Bedeutung. Der von diesem Leistungstyp bekämpfte Mangel an innerer Festigkeit beruht in erster Linie auf geistigen oder seelischen Regelwidrigkeiten[310]. Sowohl der betreute Personenkreis als auch die konkrete Orientierung der Maßnahmen sind in der Gefährdetenhilfe enger. Als Gefährdete werden typischerweise Straffällige, Obdachlose, Arbeitsscheue, Nichtseßhafte, Prostituierte oder alle Arten süchtiger Menschen behandelt[311]. Sie sollen besonders durch persönliche Hilfen unterstützt werden, um ihnen eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft "in geordneter Lebensführung" zu ermöglichen. Einzelmaßnahmen nennt der Gesetzgeber nicht, um die notwendige Offenheit der Gefährdetenhilfe in Erfüllung ihrer vielfältigen und immer neuen Aufgaben zu garantieren[312].

In der Kriegsopferversorgung haben die sozialen Eingliederungshilfen für meist nicht mehr ins Arbeitsleben integrierbare schwer behinderte Kriegsopfer keine eigenständige Regelung gefunden. Die Skala solcher Maßnahmen ist vielmehr in den Leistungsfächer der Kriegsopferfürsorge eingestreut, so daß sie zum Teil neben ihrer Bedeutung für beruflich nicht Rehabilitierbare auch eine Anschlußfunktion für medizinisch oder beruflich wieder eingegliederte Personen besitzen.

Das gilt insbesondere für die Erholungs- und Wohnungsfürsorge, die einmal die Ausübung eines Berufes wesentlich unterstützen kann, zum anderen entscheidende Bedeutung für

---

309) Petersen, Hilfen für Gefährdete, S. 17; dieselbe, Die Eingliederungshilfe für Behinderte, S. 35 ff.
310) Petersen, Hilfe für Gefährdete, S. 17.
311) Schulz, Die Entwicklung der Hilfe für Gefährdete in den letzten zehn Jahren, ZfdF 72, 198 (200).
312) Schulz, a.a.O., S. 200.

die nicht mehr Arbeitsfähigen besitzt[313]. Letzteren soll durch die versorgungsrechtlichen Hilfen zumindest noch eine Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben ermöglicht werden, wozu auch die über § 27 b BVG entsprechend anzuwendenden Maßnahmen des BSHG mit gleicher Intention unterstützend hinzuzuziehen sind[314]. Der Aufbau solcher Kommunikationsbeziehungen droht in vielen Fällen schon daran zu scheitern, daß der pflegebedürftige Behinderte nicht einmal den gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens gewachsen ist. Zur Überwindung dieser fundamentalen Schwierigkeiten, die eine jede weitere Kontaktaufnahme voraussetzt, gewährt die Kriegsopferversorgung eine dem sozialhilferechtlichen Pflegegeld entsprechende Pflegezulage, mit deren Unterstützung die Hilfebedürftigen ihre zusätzlichen Aufwendungen finanzieren können[315].

Zur Ermöglichung eines menschenwürdigen Daseins für diese Schwerstbehinderten sieht die Kriegsopferversorgung das Institut der Sonderfürsorge vor, die durch eine über das allgemeine Maß hinausgehende spezielle persönliche Betreuung der Schwerstbetroffenen und ihrer Familien eine Zurückführung in angemessene Lebensumstände auch in Problemfällen anstrebt[316].

Große Bedeutung haben unter den sozialen Hilfen der Kriegsopferversorgung schließlich die Maßnahmen schulischer Förderung. Sie umfassen die gesamte Schulentwicklung von der Grundschule über das Gymnasium bis zur Universität. Sogar Doktoranden und Habilitanden können gefördert werden[317].

---

313) Dazu § 27 a II, III BVG; Einzelheiten bei Vogt, a.a.O., S. 18; Wilke, Wunderlich, Bundesversorgungsgesetz und Beschädigtenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz, S. 235-236.
314) Dazu Wilke, Wunderlich, a.a.O., S. 237.
315) § 35 BVG gewährt die Pflegezulage. Näheres bei VdK, Das neue Kriegsopferrecht, S. 156, 158; Jung, a.a.O., S. 213; Prange, Rehabilitation nach dem Bundesversorgungsgesetz, Medizinische Welt 74, 1999 (2005).
316) Einzelheiten bei Neubert, Sonderfürsorge im Rahmen der Kriegsopferfürsorge, Soziale Sicherheit, 67, 45-47; Vogt, a.a.O., S. 21; Wilke, Wunderlich, a.a.O., S. 239-240; Prange, a.a.O., S. 2006.
317) Zu den einzelnen Leistungen vgl. §§ 26 BVG i.V.m. 5 ff der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge in der Fassung vom 27. August 1965 - BGBl. 65 I S. 1031.

In den Bereichen der Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung spielen hingegen allgemeine soziale Hilfen nur eine untergeordnete Rolle. Hier werden allein soziale, das heißt von beruflicher Eingliederung völlig unabhängige Maßnahmen nicht gewährt. In der gesetzlichen Rentenversicherung schließt sich an die Phase beruflicher Reha die "Hilfe zur Erlangung oder Erhaltung einer Arbeitsstelle" an[318], die eine breite Skala möglicher Einzelmaßnahmen umfaßt: von der behinderungsgerechten Ausstattung des Arbeitsplatzes bis zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges, um die Arbeitsstätte erreichen zu können[319]. Die in der Unfallversicherung den berufsfördernden Leistungen zugeordneten nachgehenden Maßnahmen sind in der Rentenversicherung eine Aufgabe der "sozialen Betreuung"[320]. Dies ändert jedoch ihre inhaltliche Aufgabe, einen dauerhaften Erfolg der bereits geleisteten beruflichen Reha sicherzustellen, nicht.

b) Neuerungen durch die Gesetze der siebziger Jahre

Die vorgestellten Leistungen der Reha-Träger zur sozialen Eingliederung lassen sich in zwei Gruppen unterteilen: Ein Teil dieser Leistungen erstrebt die soziale Eingliederung der Behinderten, die noch nicht im Berufsleben stehen oder nicht ins Berufsleben eingegliedert werden können. Der andere Teil soll die Voraussetzungen dafür schaffen, daß der Behinderte in gleicher Weise wie andere am Leben teilnehmen kann, indem er umfassend die Kontaktmöglichkeiten dieser Menschen mit ihrer Umwelt intensivieren hilft.

Die von der ersten Kategorie vor allem erfaßte Personengruppe der Kinder und Jugendlichen wird in der neueren Reha-Gesetzgebung durch das Gesetz über die Unfallversicherung

---

318) Dazu § 1237 III c RVO.
319) Weitere Beispiele bei Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 666 b II, der insbesondere auf die in der Rentenversicherung bedeutsame Gewährung einer Schonzeit hinweist, und Vogt, a.a.O., S. 50 sowie Schmidt, Die Rehabilitation - gesundheitliche und berufliche Förderung Erwerbsgeminderter in der Rentenversicherung der Angestellten, AV 66, 202.
320) Vgl. § 1237 IV b RVO.

für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten sowie durch das Gesetz über die Errichtung einer "Stiftung Hilfswerk für behinderte Kinder" angesprochen.
Das Schülerunfallversicherungsgesetz bezieht das gesamte Schulsystem in den Leistungsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung ein. Das Stiftungsgesetz bietet Hilfen für contergangeschädigte Kinder und Jugendliche in Form von Renten und Kapitalabfindungen.

Dagegen ist das dritte Änderungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz der zweiten Gruppe sozialer Reha-Maßnahmen zuzuordnen. Durch Verbesserung der Eingliederungshilfe, der Alten- und Gefährdetenhilfe, sowie der Hilfe zur Pflege sollen die Möglichkeiten der behinderten Menschen verbessert werden, am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen.

aa) Das Gesetz über die Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten vom 18. März 1971 - BGBl. I S. 237

Die nach Erlaß des AFG erste Detailregelung mit großer Bedeutung für den Reha-Sektor war das Gesetz über die Unfallversicherung für Schüler, Studenten und Kinder in Kindergärten (Schülerunfallversicherungsgesetz). Anlaß für diese Initiative des Gesetzgebers bildete der desolate Zustand des Unfallversicherungswesens in Kindergärten, Schulen und Hochschulen. Eine gesetzliche Verpflichtung der Schulträger zur Sicherstellung einer Entschädigung bei Unfällen bestand nur in wenigen Ländern. Im übrigen gab es zum Teil Versicherungen auf freiwilliger Grundlage, zum Teil Beihilfen, die von Einrichtungen verschiedensten Charakters gewährt wurden[321].

Als Folge dieser unzulänglichen Absicherung konnte nur bei leichteren Unfällen mit einer vollwertigen Absicherung durch

---

321) Engelmann, Das Gesetz über Unfallversicherung für Schüler, und Studenten sowie Kinder in Kindergärten, OKK 71, 220-225; Boller, Versicherungsschutz bei Unfällen von Schülern und Studenten sowie Kindern in Kindergärten, Die Sozialversicherung, 71, 97 ff; Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. VI/1644 S. 1.

die Krankenversicherung gerechnet werden, deren Leistungsbreite eine Behandlung folgenschwerer Schädigungen nur bedingt erlaubte, da sie den Bedürfnissen schwerwiegender Eingliederungsprozesse nur ansatzweise gerecht zu werden vermochte[322]. Eine für Schwerbeschädigte erforderliche Sicherung des Lebensunterhalts war, wenn überhaupt, nur in unzureichendem Umfang vorgesehen[323].

Die Untätigkeit mit diesem Sektor befaßter Versicherungsunternehmen führte immer wieder dazu, daß besonders gravierende Fälle auf dem Gerichtsweg ausgetragen wurden. Mit den Mitteln des zivilen Haftungsrechts war der Problematik der Schulunfälle jedoch nicht beizukommen. Trotz regelmässiger Wiederkehr fast gleichgelagerter Falltypen drangen viele Prozesse bis in die Revisionsinstanz vor und wurden dort aufgrund außerordentlich subtiler Unterscheidungen bald so, bald so entschieden[324]. Daß auf diesem Wege jedoch keine befriedigende Lösung der Problematik möglich war, wurde vom BGH schließlich erkannt. In seiner Entscheidung vom 16. Januar 1967[325] forderte er den Gesetzgeber auf, den Problemkreis der Schülerunfälle einer öffentlichrechtlichen Lösung zuzuführen und damit die Rechtsprechung von einer nur noch kasuistischen, oft von Zufälligkeiten bestimmten Entscheidungspraxis zu entlasten.

aaa) Inhalt des Gesetzes

Da die bisherige Versorgung der Schülerunfälle keinen Ansatzpunkt für eine legislatorische Lösung bot, wählte der Gesetz-

---

322) Zur Bedeutung der Krankenversicherung für die Reha vgl. Wendland, Unfallversicherung für Schüler und Studenten, BABl 70, 749; Dörner, Schüler und Studenten unfallversichert, Ersk 71, 159.

323) Wendland, a.a.O., S. 749; BT-Drs. VI/1644 S. 2; Die Bedeutung laufender Unterhaltsleistungen gerade für junge Menschen betont in der 3. Lesung des Gesetzes der Abgeordnete Schmidt, Sten.Ber. der 90. Sitzung des Bundestages, 6. Wahlperiode, S. 4980.

324) Kötz, Zur Haftung bei Schulunfällen, JZ 68, 285 hat in den letzten Jahren nicht weniger als 22 Entscheidungen des BGH zu diesem Komplex entdeckt.

325) BGHZ 46, 327; Diese Entscheidung wird vielfach als eigentliche Initiativzündung für das gesetzgeberische Tätigwerden bezeichnet - so Dörner, a.a.O., S. 159; Boller, a.a.O., S. 98; Dörner, Schmidt, Unfallschutz für Studenten und Schüler, S. 5; Wendland, a.a.O., S. 749.

geber den Weg einer Einbeziehung des schutzbedürftigen Personenkreises in die gesetzliche Unfallversicherung[326].

Insgesamt 13 Millionen Kinder und Jugendliche wurden auf diese Weise in den Schutzbereich der Sozialversicherung einbezogen, soweit sie Schulen, Hochschulen oder Kindergärten besuchten[327]. Welche Bedeutung die Öffnung der gesetzlichen Unfallversicherung besaß, kann durch die Zahl der 1972 aus diesem Bereich gemeldeten 540.176 Unfälle zumindest angedeutet werden[328].

Der neu aufgenommene Personenkreis wurde den bisherigen Mitgliedern der Unfallversicherung gleichgestellt, obwohl die speziellen Merkmale seines Tätigkeitsfeldes mitunter eine spezifische Interpretation unfallversicherungsrechtlicher Fachbegriffe bedingt[329]. Die primäre Aufgabe des Unfallversicherung lag auch auf diesem Sektor in der präventiven Bekämpfung von Unfallschwerpunkten im äußeren und inneren Schulbereich. Dies mußte einerseits durch sicherheitsgerechte bauliche Maßnahmen, in weitaus stärkerem Umfang jedoch durch die Sicherung der unfallträchtigen Schulwege erfolgen[330]. Ein weiterer Schwerpunkt zur Einbringung jahrzehntelanger Erfahrungen bot sich auf den Gebieten der Heilbehandlung und Berufshilfe. Während auf diese Weise eine

---

326) Vgl. dazu § 539 I Ziff. 14 RVO; der Ausbau des bestehenden Systems war insbesondere auch vom Bundesrat angeregt worden, wurde aber von der Bundesregierung als nicht erfolgversprechend abgelehnt - dazu BT-Drs. VI/1333, Anlage 3, S. 9.

327) Vollmar, Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten, S. 11; Dörner, Erste Erfahrungen mit der Schülerunfallversicherung, BABl 74, 692 (696); Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Kurzbericht über die Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten, in: Sozialpolitische Informationen, S. 169-170.

328) Dörner, a.a.O., S. 692; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 170 mit weiteren detaillierten Zahlenangaben zum Unfallgeschehen.

329) Vollmar, Gesetzesanalogie in der Schülerunfallversicherung, Die Sozialversicherung 72, 73-75; Nolte, Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder, KV 71, 67 (68).

330) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 173-174, wo einzelne Möglichkeiten und ein Aufgabenkatalog präventiver Tätigkeiten skizziert werden; Wittmann, Drei Jahre Schülerunfallversicherung, SGb 74, 180 (181).

optimale Betreuung auch gravierender Verletzungen durch die speziellen Heilverfahren der Unfallversicherung gewährleistet war, mußte sich die Berufshilfe für den Schulbereich einer bisher nur ansatzweise geforderten Bewährungsprobe stellen und Sorge tragen, daß die normale schulische Entwicklung durch den Unfall nicht wesentlich beeinträchtigt und dadurch der anschließende Eintritt ins Erwerbsleben nicht vorzeitig gefährdet wurde[331].

Endlich konnte die Gewährung von Renten bei Dauerschäden zur Überwindung langfristiger Unfallfolgen entscheidend beitragen. Diese Renten werden dynamisiert und erreichen bei entsprechendem Alter der Bezieher die Höhe üblicher Unfallrenten. Damit stellen sie eine maßgebliche Verbesserung gegenüber den bisherigen Möglichkeiten der Unterhaltssicherung dar, die allenfalls eine Gewährung von Festbeträgen in unzureichender Höhe vorsahen[332]. Daß diese entscheidenden Verbesserungen sich auf dem Kostensektor niederschlugen, bedarf keiner Betonung. Während für 9 Monate des Jahres 1971 ab Inkrafttreten des Gesetzes 19,6 Millionen DM aufgewendet wurden, betrug diese Summe im darauf folgenden Jahr bereits 74,8 Millionen DM und weist weiterhin steigende Tendenz auf[333]. Dabei handelt es sich jedoch nicht um reale Mehrkosten, da insbesondere bisherige Beitragszahlungen wegfielen und auch die Krankenkassen nicht unerheblich durch das Eintreten der gesetzlichen

---

331) Zu Einzelheiten der medizinischen und schulischen, aber auch beruflichen Reha für die schon in der Berufsausbildung stehenden Jugendlichen vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 171-172; Vollmar, Unfallversicherungsschutz für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten, S. 61-67; Dörner, BABl 74, 692 (695); Boller, a.a.O., S. 127; Dörner, Schmidt, a.a.O., S. 30.

332) Einzelheiten zur Bemessung und Höhe der Renten bei Dörner, BABl 74, 692 (695) und Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 172; Die Zahl mit Renten abgefundener Dauergeschädigter betrug 1972 immerhin bereits 1186 und dürfte für 1973 auf rund 2000 ansteigen - so Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 92.

333) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, a.a.O., S. 172-173; Dörner, BABl 74, 692 (695); Insbesondere die Rentenzahlungen fallen im Anlaufstadium kaum ins Gewicht, werden aber nach einigen Jahren einen Hauptkostenfaktor im Gesamtetat bilden.

Unfallversicherung entlastet werden[334].

bb) Auswirkungen des Gesetzes

Neben einer spürbaren Verbesserung des Schulklimas, das durch die oft in Haftpflichtprozessen ausgetragenen Unfallfolgen erheblich beeinträchtigt wurde[335], besaß das Schülerunfallversicherungsgesetz große Bedeutung für unser soziales Sicherungssystem, speziell für die Reha. Eine mit Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz unvereinbare Differenzierung zwischen speziellen Schularten sowie Fachhochschulen einerseits, deren Schüler schon bisher in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen waren, und den übrigen Lehranstalten und Universitäten andererseits wurde endlich beseitigt[336].

Durch diesen Schritt wurde erstmals das gesamt Bildungssystem von der Kindergartenstufe bis zur Hochschule in die Systematik der Sozialversicherung einbezogen[337] und damit eine rechtliche

---

334) Da der Personenkreis der Kinder, Schüler und Studenten regelmäßig in der gesetzlichen Krankenversicherung noch Familienversicherungsschutz genießt, entfällt nach § 205 I RVO die Leistungspflicht der Krankenkassen vollkommen zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung, wodurch die Krankenkassen für 1971 mit einer Entlastung von schätzungsweise 4,5 Millionen DM rechnen können; dazu Wendland, a.a.O., S. 751; Dörner, Ersk 71, 159 (161).

335) Zu Widerständen in der Lehrerschaft bei Durchführung besonders unfallträchtiger Wanderfahrten und Sportveranstaltungen sowie allgemein zum gereizten Schulklima infolge schlechten Unfallversicherungsschutzes Engelmann, a.a.O., S. 224.
Zur Entkrampfung dieses Verhältnisses trug wesentlich die Anwendung der Haftungsbeschränkungen gemäß § 637 RVO im Schulbereich bei - dazu Boller, a.a.O., S. 132.

336) Begründung zum Entwurf eines Gesetzes über Unfallversicherung für Schüler und Studenten, BT-Drs. VI/1333 S. 3.

337) Vollmar, Unfallversicherungsschutz für Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten, S. 11.

und soziale Gleichstellung der noch nicht erwerbstätigen Auszubildenden mit der schon im Wirtschaftsleben stehenden Bevölkerung erreicht. Dies garantierte ihnen eine dem anerkannt guten Reha-Standard der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechende Behandlung ihrer Unfallfolgen und bot die Möglichkeit, sich des großen Sachverstands berufsgenossenschaftlicher Präventionsdienste zu bedienen.

In dieser Lösung des Gesetzgebers kann man keinesfalls einen Verstoß gegen die Systematik der gesetzlichen Unfallversicherung erblicken[338]. Ihr eigentlicher Entstehungsgrund, die Ablösung der Unternehmerhaftpflicht,ist längst nicht mehr einziges Leistungsmotiv[339]. Sie hat seit einiger Zeit die Betreuung von Schülergruppen in Berufs- und Fachhochschulen übernommen und durch deren zufriedenstellende Integration die Flexibilität ihres Maßnahmekataloges bewiesen. So ist die Einbeziehung des Gesamtbildungssystems als konsequente Fortsetzung einer einmal begonnenen Entwicklung zu sehen, die den Betroffenen große Vorteile verspricht, für die Unfallversicherung eine Vergrößerung ihres Personenkreises um die Hälfte auf fast 40 Millionen Menschen bedeutet und damit zum ersten Mal eine Großgruppe - noch - nicht Erwerbstätiger in ihre Struktur einbezieht[340].

---

338) So Schnabel, Unfallversicherung - Auch für Schüler und Studenten, Der Arbeitgeber 70, 734-735, der eine sondergesetzliche Regelung fordert.

339) Boller, a.a.O., S. 100 betont die versicherungs- und haftpflichtrechtlichen Elemente der heutigen Unfallversicherung, die neben den abhängig Beschäftigen auch eine kleine Gruppe sozial schutzwürdiger Unternehmer sowie im öffentlichen Interesse tätiger Personen einbezieht, so daß die Lernenden als vierte Gruppe einer durchaus vielschichtig strukturierten Mitgliedschaft anzusehen ist. Im Ergebnis ebenso Vollmar, Gesetzesanalogie in der Unfallversicherung, Die Sozialversicherung 72, 73 und Dörner, Ersk 71, 159 (160).

340) Zur Entwicklung der Einbeziehung lernender Jugendlicher in die Unfallversicherung Wittmann, a.a.O., S. 180; zur allgemeinen Bedeutung für die Unfallversicherung Harald Bogs, Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, S. 454.

bb) Das Gesetz über die Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" vom 17. Dezember 1971 - BGBl. I S. 2018

aaa) Die Geschichte des Gesetzes

Während das Schülerunfallversicherungsgesetz die Beseitigung eines Mißstandes anstrebte, der neben den unmittelbar Betroffenen nur einer kleinen Gruppe von Experten bekannt war, knüpfte das Gesetz über die Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" (Stiftungsgesetz) an den als Contergankatastrophe weitesten Bevölkerungskreisen zum Begriff gewordenen Arzneimittelmißbrauch an. Durch Einnahme thalidomidhaltiger Präparate der Firma Chemie Grünenthal waren etwa 3000 Kinder körperliche Mißbildungen beigebracht worden.

Das in diesem Ausmaß bisher einmalige Versagen der pharmazeutischen Industrie, durch das Fehlen einer staatlichen Arzneimittelgesetzgebung[341] sowie einer Meldepflicht für behinderte Kinder entscheidend[342] begünstigt, weckte einen Proteststurm in der Öffentlichkeit, der sich leider in einer - sicher nicht unwichtigen - moralischen Solidarisierung vieler Bürger mit den Betroffenen erschöpfte. Entscheidende materielle Hilfe erhielt dieser Behindertenzirkel während der ersten Jahre weder von öffentlicher noch von privater Seite[343].

---

341) Zur Auswirkung der Katastrophe auf staatliche Organe, Industrie und Öffentlichkeit Zezschwitz, Zum Gesetz "Hilfswerk für behinderte Kinder", FamRZ 72, 476 (477); Böhm, Die Entschädigung der Contergankinder, S. 5.

342) Bei Bestehen einer funktionierenden Meldepflicht wären die im Zusammenhang mit der Einnahme von Contergan gehäuft aufgetretenen körperlichen Mißbildungen frühzeitig entdeckt und damit ein Ausufern der Schäden vermieden worden - so Giese, Gesetzliche Meldepflicht für körperlich und geistig behinderte Kinder ?, ZSR 66, 202 (204); Schwarzhaupt, Wir können helfen, wenn wir die Fälle kennen, Die Welt, Nr. 53 vom 4. März 1966, S. 30.

343) Zezschwitz,a.a.O., S. 477; Zum Einstellungswandel in der Öffentlichkeit gegenüber Behinderten der Abgeordnete König in der ersten Beratung des Gesetzes, Sten. Ber. der 58. Sitzung des Bundestages der 6. Wahlperiode, S. 3206.

Im fast drei Jahre dauernden Strafprozeß gegen die Chemie Grünenthal GmbH konnte dieser ein Kausalwerden für die körperlichen Mißbildungen ebensowenig wie eine Vorhersehbarkeit dieser Schäden nachgewiesen werden[344]. In der Erkenntnis, daß mit Mitteln unserer Justiz eine baldige Hilfe für die behinderten Kinder nicht erreichbar sei, schlossen die Betroffenen mit der Firma Chemie Grünenthal einen Vergleich, der für die mißgebildeten Kinder und ihre Hinterbliebenen eine Entschädigungssumme von 100 Millionen DM vorsah, ihnen dafür indessen alle Ansprüche im Zusammenhang mit der Einnahme besagten Beruhigungsmittels aberkannte[345]. In diesem Stadium schaltete sich nun der Gesetzgeber ein, dessen "schnelle und wirksame Hilfe"[346] zu jenem Zeitpunkt eher blasphemische Züge trug. Die ältesten Kinder schickten sich mittlerweile an, ins Berufsleben einzutreten. Bei sehr vielen war die schulische Entwicklung und damit eine erfolgversprechende gesellschaftliche Integration mangels ausreichender frühkindlicher, vorschulischer und schulischer Förderung bereits irreparabel gestört[347].

---

344) Eine kurze Prozeßgeschichte findet sich bei Semlitsch, Der Contergan-Prozeß wurde eingestellt, BKK 74, 4-6 sowie Böhm, a.a.O., S. 14-15.

345) Details zum Vergleichsinhalt bei Zezschwitz, a.a.O., S. 477 und Böhm, a.a.O., S. 140-141, der das gesamte Dokument abgedruckt hat.

346) Diese Worte gebraucht die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer nationalen Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder" der Bundesregierung in BT-Drs. VI/926 S. 2.

347) Diese Erfahrungen ergeben sich aus einem Forschungsbericht, den der Abgeordnete Burger in der 2. Lesung des Gesetzes seinen Ausführungen zugrundelegte, Sten. Ber. der 130. Sitzung des Bundestages der 6. Wahlperiode, S. 7590.

Durch Schaffung einer nationalen Stiftung wollte man eine verbesserte Reha aller behinderten Kinder realisieren, wozu neben den 100 Millionen DM der Chemie Grünenthal GmbH Mittel des Bundes sowie von Kirchen und Industrie in Aussicht gestellt wurden und als namhafte Spenden den finanziellen Grundstock legen sollten[348]. Die von privater Seite zugesagten Mittel blieben aus, die Errichtung einer nationalen Stiftung scheiterte.

Alternativ boten sich dem Gesetzgeber zwei Möglichkeiten: Eine "große Lösung", die neben dem Contergangeschädigten auch andere behinderte Kinder einbezog, und eine "kleine Lösung", die nur als Versorgung ersterer konzipiert war. Da der Gesetzgeber eine - zumindest moralisch fundierte - Mitschuld an der Katastrophe nicht leugnete und nicht auszuschließen war, daß außer den als Contergangeschädigten anerkannten noch weitere Kinder Opfer des Beruhigungsmittels geworden waren[349], glaubte er, die "große Lösung" als Teil einer Wiedergutmachung bisheriger Versäumnisse in der Arzneimittelgesetzgebung wählen zu müssen.

bbb) Der Inhalt des Gesetzes

Die damit zum Gesetz gewordene "große Lösung" bediente sich einer eigenartigen Konstruktion, um den mit dem Stiftungsgesetz verfolgten Zweck zu erreichen. Der privatrechtliche Vergleich zwischen der Chemie Grünenthal GmbH und den Betroffenen wurde in eine öffentlichrechtliche Stiftung überführt und so auf eine neue Basis gestellt, die fortan als alleinige Grundlage für die Ansprüche aller Geschädigten

---

348) Diese Absicht wird noch im Titel des 1. Regierungsentwurfs deutlich, der in Fußnote 346 zitiert ist. Zu diesem Vorhaben Bundesjustizminister Jahn in der 353. Bundesratssitzung vom 5. Juni 1970, zitiert bei Böhm, a.a.O., S. 60.

349) Zur ethischen Einstandspflicht des Gesetzgebers äußert sich der Abgeordnete Arndt, der eine Verpflichtung des Gesetzgebers aus den Grundsätzen der Amtshaftung ablehnt, aber von einem "Quasi-Verschulden" des Gesetzgebers bei der Arzneimittelüberwachung spricht, zitiert bei Böhm, a.a.O., S. 159.

diente[350].

Das Stiftungsgesetz gliedert sich in drei Abschnitte, von denen Teil 1 allgemeine, Zweck und Organisation der Stiftung betreffende Fragen regelt, während Teil 2 die Leistungen an contergangeschädigte Kinder und ihre Hinterbliebenen spezifiziert, und der 3. Abschnitt institutionelle Förderungsmaßnahmen für alle behinderten Kinder vorsieht.

§ 14 II Stiftungsgesetz gewährt betroffenen Kindern Kapitalentschädigung in Höhe von 1000 bis 25000 DM; die monatlichen Renten liegen zwischen 100 und 450 DM[351], während Hinterbliebene nur früher erbrachte Aufwendungen beanspruchen können[352]. Für die Zahl von über einer halben Million nicht contergangeschädigter behinderter Kinder, die sich jährlich um schätzungsweise 50.000 erhöht, werden in §§ 25, 26 Stiftungsgesetz nur institutionelle Hilfen zur Förderung von Einrichtungen oder Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt, die den Bereich der Kinder-Reha betreffen[354].

---

350) Zu dieser Konstruktion sehr detailliert das Urteil des BGH vom 13. Februar 1975 - BGHZ 64, 30 - wo die Wirksamkeit dieser Überführung festgestellt, insbesondere ein Verstoß der Neuregelung gegen Art. 14 I, II GG verneint wird. Zu einem teilweise anderen Ergebnis kommt von Zezschwitz, a.a.O., S. 476-480, der in diesem Punkt eine Verletzung des Art. 14 GG bejaht und dem Gesetzgeber eine durchweg mangelhafte Konzipierung des Stiftungsgesetzes vorwirft. Auf S. 480 resümiert er: "Eine baldige Novellierung des Gesetzes ist erforderlich".

351) Der Zahlung dieser Abfindung muß eine Anerkennung als Contergangeschädigter vorausgehen, deren Einzelheiten in § 19 des Gesetzes geregelt werden. Die Renten- und Entschädigungshöhe hängt vom Grad der Beeinträchtigung ab; dazu § 14 II-IV des Gesetzes.

352) Damit wurde die Gruppe der Hinterbliebenen als einzige durch die Stiftungslösung benachteiligt. Die Regelung dieser Frage durch § 15 Stiftungsgesetz wurde vom BGH gleichfalls sanktioniert - vgl. BGH in Fußnote 350.

354) Mit Schaffung einer nationalen Stiftung sollten auch diesem Kreis behinderter Kinder individuelle Hilfen angeboten werden. Da jedoch nennenswerte Beiträge von privater Seite ausgeblieben und staatliche Mittel nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung standen, wurden die Maßnahmen auf institutionelle Förderungen beschränkt; dazu der Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, BT-Drs. VI/2300.

Insgesamt stehen für diesen Zweck nicht mehr als 50 Millionen DM der 200 Millionen DM des Stiftungsfonds zur Verfügung. Die 100 Millionen DM aus dem privatrechtlichen Vergleich sowie die Hälfte der vom Bund der Stiftung zur Verfügung gestellten 100 Millionen DM werden der Verwendung für die Opfer der Contergankatastrophe vorbehalten[355].

ccc) Bewertung des Gesetzes

Für die thalidomidgeschädigten Kinder wird man eine Besserstellung durch die Stiftungsregelung gegenüber dem Vergleich nicht leugnen können, da ihnen schließlich 50 Millionen DM aus Bundesmitteln zusätzlich zufließen[356]. Die Benachteiligung hinterbliebener Eltern oder Unterhaltsverpflichteter, die vom Stiftungsgesetz mit Beihilfen abgespeist werden, während sie noch im Vergleich Ansprüche auf die volle Kapitalentschädigung besaßen, liegt im Sinne einer optimalen Versorgung des noch lebenden und zuvörderst rehabilitationsbedürftigen Personenkreises[357].

Befremdlich erscheint jedoch die fehlende Dynamisierung der Renten, die beispielsweise für die vom Schülerunfallversicherungsgesetz erfaßte Gruppe von über 13 Millionen Kindern und Jugendlichen selbstverständlich war, hier aber trotz wiederholter Initiativen der Elternschaft dem

---

355) Die finanzielle Ausstattung sowie die Verwendung der Mittel regeln §§ 4, 12, 24 Stiftungsgesetz.

356) Die auch in diesem Punkt eher pessimistische Haltung von von Zezschwitz, a.a.O., S. 478-479 erscheint übertrieben, zumal eine weitgehende Kapitalisierung der Renten möglich ist und eine Umgehung von Inflationsverlusten durch sinnvolle Anlage dieser Beträge sich anbietet.

357) So von Zezschwitz, a.a.O., S. 478; zur Vereinbarkeit dieser Regelung mit Art. 14 GG das in Fußnote 350 zitierte Urteil des BGH.

kleinen Kreis der knapp 3.000 Kinder versagt blieb[358].

Der Ausschluß aller, auch auf Sozialversicherungsträger übergegangener Ansprüche gegen die Firma Chemie Grünenthal GmbH ebenso wie die Nichtberücksichtigung der Leistungen aus dem Stiftungsgesetz bei der Ermittlung von Einkommen und Vermögen nach anderen Gesetzen konnte in dieser Absolutheit nur durch die gesetzliche Lösung gewählt werden[359].

Nach Auszahlung der Kapitalentschädigung und der kapitalisierten Renten wird die Hauptaufgabe der Stiftung in der institutionellen Förderung liegen. Da der Stiftungsfonds von 50 Millionen DM zur Erfüllung dieser Aufgaben nicht angegriffen werden darf, stehen jährlich allenfalls 3 Millionen DM aus Zinserträgen zur Verfügung, von denen vorab die Verwaltungskosten der Stiftungsorganisation zu

---

358) An dieser Stelle erscheint ein Hinweis auf die Entschädigung ähnlicher Fälle im Ausland angebracht, die durch verstärkten Druck der Öffentlichkeit weitaus großzügiger ausfiel. So stellte der britische Lizenznehmer für die 410 dort distavalgeschädigten Kinder immerhin einen Betrag von umgerechnet 165 Millionen DM zur Verfügung, Der Spiegel, Nr. 3, 1973, S. 74. Das ergibt eine Gesamtentschädigung pro Kind von 350.000 DM, so Kristian, Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder", ZfdF 73, 62 (65). Mittlerweile haben sich auch die Bundestagsfraktionen von FDP und SPD sowie von CDU und CSU nach heftigen Protesten der Betroffenen endlich entschlossen, die Renten des Stiftungsgesetzes anzuheben. Der Gesetzentwurf der SPD und FDP sieht eine einmalige Erhöhung von 25 % vor - BT-Drs. VII/5121, S. 1, während die CDU/CSU für eine einmalige Anhebung um 30 % eintritt - BT-Drs. VII/5062, S. 1.

359) Zu den Verbesserungen im einzelnen Glombig in der 3. Lesung des Gesetzes, Sten.Ber. der 148. Sitzung des Bundestages in der 6. Wahlperiode, S. 8523.

bestreiten sind[360]. Die absolute Unzulänglichkeit dieser Ausstattung wird an Hand einer Schätzung deutlich, wonach die Versorgung aller behinderter Kinder, welche der durchaus nicht zufriedenstellenden Absicherung der Contergangeschädigten entspräche, mindestens 15 Milliarden DM erfordern würde[361]. In dieser Größenordnung bewegt sich auch eine Schätzung der Ausbaukosten für ein System notwendiger Reha-Einrichtungen, das eine frühzeitige und damit erfolgversprechende Integration behinderter Kinder in die Gesellschaft erlauben würde. Groß, der Autor dieser Berechnung aus dem Jahr 1971, glaubte dieses Ziel mit einem Bedarf von 12 Milliarden DM erreichen zu können[362].

Abschließend läßt sich feststellen, daß die Versorgung der Contergankinder durchaus Hoffnungen zu erfüllen vermag, wenn sie auch viel zu spät und nicht lückenlos angesetzt wurde. Die im dritten Teil des Gesetzes vorgesehenen institutionellen Förderungsmittel bilden nicht einmal den berühmten "Tropfen auf den heißen Stein". Sie vermögen das mit dem Anspruch einer "großen Lösung" angetretene gesetzgeberische Vorhaben nur zu diskreditieren.

---

360) Im Endeffekt wird damit nicht mehr sondern weniger für die institutionelle Förderung dieses Teilbereichs getan, denn infolge der gesetzlichen Neuregelung werden diesem Zweck dienende bisherige Haushaltstitel gestrichen, so Böhm, a.a.O., S. 197 unter Hinweis auf eine spezielle Studie zu diesem Problem. Die Unzulänglichkeit seines Tuns erkannte der Gesetzgeber selbst, der die Bundesregierung aufforderte, einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hilfen für Behinderte nach dem BSHG vorzulegen, der aus dieser Bekundung guten Willens im Stiftungsgesetz auch materielle Konsequenzen ziehen sollte. Einzelheiten dieses Antrages bei Glombig, a.a.O., S. 8524.

361) Diese Berechnung geht auf den rheinland-pfälzischen Sozialminister Geissler zurück, der sich hierzu in der 353. Sitzung des Bundesrates äußerte; zitiert bei Böhm, a.a.O., S. 61.

362) Groß, in: Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören - Spiegel-Report über Behinderte, Der Spiegel Nr. 13, vom 22. März 1971, S. 46 (60); ders., Zur Rehabilitation behinderter Kinder und Jugendlicher, S. 68-70.

Problematisch ist endlich die Schaffung einer zusätzlichen Institution zur Reha-Förderung, die den Kompetenzenwirrwarr nicht verkleinern wird. Auch die Erarbeitung eines isolierten Gesetzes für die Conterganopfer und eines zusätzlichen Gesetzes mit individuellen Ansprüchen für behinderte Kinder unterliegt Bedenken derselben Art, abgesehen von der Frage seiner Finanzierbarkeit. Die bisher in der Reha-Entwicklung unterprivilegierten Kinder sollten keine eigenen Förderungsträger erhalten. Ihre frühzeitige Einbeziehung in die Sozialversicherung ist das Gebot der Stunde. Hier werden vor allem auf die soziale Krankenversicherung große Aufgaben zukommen.

cc) Das dritte Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 25. März 1974 - BGBl. I S. 777

Mit dem dritten Änderungsgesetz beabsichtigte der Gesetzgeber, die sozialhilferechtlichen Bestimmungen an die allgemeine, insbesondere die wirtschaftliche Entwicklung sowie an Schwerpunktsetzungen in der Praxis anzupassen. In anderen Sozialleistungsbereichen erzielte Fortschritte sollten in die Sozialhilfe Eingang finden, soweit es die - wie immer - knappe finanzielle Ausstattung des Staates zuließ[363].

aaa) Inhaltliche Neuerungen[364]

Im Mittelpunkt standen die Verbesserungen der sozialhilferechtlichen Reha-Bestimmungen. So gewährt man endlich allen Behinderten einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe,

---

363) So der Abgeordnete Zeitler in der 2. Beratung des Gesetzes, Sten.Ber. der 74. Bundestagssitzung der 7. Wahlperiode, S. 4668 und die Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung in BT-Drs. VII/308 S. 10.

364) Im Folgenden werden nur die für die Reha der Sozialhilfe bedeutsamen Neuregelungen vorgestellt. Eine ausführliche Darstellung aller Änderungen findet sich im Rahmen einer Aufsatzsammlung verschiedener Autoren in NDV 74, 120 ff.

indem die bisherige kasuistische Regelung des § 39 I BSHG durch eine Generalklausel ersetzt wurde, wie dies für den Bereich beruflicher Reha bereits § 56 AFG beispielhaft vorsah[365]. Zudem wurde das Ziel der Eingliederungshilfe neu formuliert[366]. Der Behinderte ist nun in die Gesellschaft einzugliedern und die vorherige zentrale Aufgabe, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, erhält einen Platz neben den anderen Aspekten dieses umfassenden Auftrages zugewiesen. Damit betont man den tatsächlich erschöpfenden Charakter fürsorgerechtlicher Reha zutreffend, ohne indessen die überragende Bedeutung der nur gemeinschaftsbezogenen, sozialen Reha für das BSHG schmälern zu wollen[367].
In dem Aufgabenkatalog des § 40 I BSHG wurden als Verstärkung dieses Schwerpunktes der Reha zusätzliche Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft vorgesehen[368].
Als konkretes Ergebnis im Stiftungsgesetz noch aufgeschobener individueller Unterstützung für behinderte Kinder mag die Gewährung heilpädagogischer Maßnahmen bereits im Vorschulalter angesehen werden[369].

---

365) Diese Erweiterung wirkt sich auf die von einer Behinderung bedrohten Personen ebenfalls aus. Sie bezieht insbesondere bisher nicht in der Aufzählung des § 39 I BSHG enthaltene Behinderte mit inneren Leiden oder sonstigen körperlichen Schäden ein,vgl. Petersen, Eingliederungshilfe für Behinderte, NDV 74, 124; Wennberg, Neues Behindertenrecht, Bl. d. Wohlfahrtspflege 74, 133; Oestreich, Was bringt die erste BSHG-Novelle 1974 Neues in den Bereichen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen? ZfSH 74, 193 (195).

366) Petersen, a.a.O.; Marburger, Zweifelsfragen aus Anlaß des 3. Änderungsgesetzes zum Bundessozialhilfegesetz, ZfSH 75, 68 (72); Schellhorn, Jirasek, Seipp, Das BSHG, Kommentar, § 39 Anm. 11 ff (24).

367) Petersen, a.a.O.; Marburger, Zweifelsfragen aus Anlaß des 3. Änderungsgesetzes zum BSHG, ZfSH 75, 68 (72).

368) Während die Wohnungsfürsorge bereits in § 18 Eingliederungshilfeverordnung geregelt war, mußte die Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft im § 19 der neuen Eingliederungshilfeverordnung aufgenommen werden. Einzelheiten bei Streppel, Die neue Eingliederungshilfe-Verordnung, ZfdF 75, 52 (54).

369) § 40 I Nr. 2 BSHG; Auf diese Lücke machte u.a. die Abgeordnete Henze während der 3. Lesung des Stiftungsgesetzes aufmerksam, Sten.Ber. der 148. Bundestagssitzung der 6. Wahlperiode, S. 8524.

Diese Verbesserungen der Eingliederungshilfe wurden durch eine Neufassung der Hilfe zur Pflege vervollständigt, die neben einer Erhöhung des zukünftig dynamisierten Pflegegeldes zusätzlich die Übernahme der Kosten für eine Alterssicherung des Pflegepersonals durch den Träger der Sozialhilfe vorsah[370].

Schließlich wurden auch die beiden restlichen Säulen sozialhilferechtlicher Reha, die Hilfen für Gefährdete und Alte, von der allgemeinen Weiterentwicklung nicht ausgeschlossen. Die bisher nicht allzu effektive Hilfe für Gefährdete wurde zu einer Hilfe zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten umgestaltet. Indem nicht nur auf einen Mangel an innerer Festigkeit bei den gefährdeten Personen abgestellt wird, sondern auch schwierige soziale Lebensverhältnisse und damit allein äußere Umstände hilfebegründend wirken, hofft man, endlich alle Gruppen erfassen zu können, die den steigenden Anforderungen der modernen Industriegesellschaft nicht mehr gerecht werden können[371]. Der Wegfall der oft hinderlichen Altersgrenze und der weitgefaßte, dabei auch präventiv ausgerichtete Maßnahmekatalog des neuen § 72 II BSHG wecken Hoffnungen auf bessere Erfolge für diese bisher nur unzureichend betreuten Randgruppen des "Behindertenproletariats".

---

370) Der neue § 69 BSHG beseitigt in Abs. 4 die durch nichts gerechtfertigte Benachteiligung Schwerstbehinderter gegenüber den nicht stärker pflegebedürftigen Blinden. Zur Neufassung des § 69 Ronge, Hilfe zur Pflege, NDV 74, 128-129; Glombig, in der 3. Lesung des Gesetzes, Sten. Ber. der 74. Bundestagssitzung der 7. Wahlperiode, S. 4670; Marburger, a.a.O., S. 73.

371) Petersen, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, NDV 74, 129; Oestreicher, a.a.O., S. 199; Die Normierung der Gefährdetenhilfe enthält wie bisher § 72 BSHG.
Zur Problematik der Neuregelung nimmt Stellung Schubert, Anlaß und Bedeutung der Änderung und Erweiterung des § 72 durch das dritte Änderungsgesetz zum BSHG vom 25. März 1974, in: Die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 72 des Bundessozialhilfegesetzes, S. 1-10. Auf die Problematik einer Auswuferung des Systems der Reha bei Einbeziehung nur sozial bedingter Schwierigkeiten soll hier nur hingewiesen werden - dazu schon näher auf S. 32 ff.

Auch die Altenhilfe wurde neuen Erkenntnissen angepaßt. Ihre jetzige Zielbestimmung, die Sicherung der Teilnahme alter Menschen am Leben der Gemeinschaft, fügt sich organisch dem Streben aller Reha-Bemühungen ein und wird durch die Möglichkeit vorbeugender Verhütung altersbedingter Schwierigkeiten zudem präventiv akzentuiert[372]. Unter Verwendung praktischer Erfahrungen wird den Alten über die bisher gewährten Hilfen hinaus zusätzliche Unterstützung bei der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste und der Aufnahme in Betreuungseinrichtungen zugesagt[373]. Insgesamt beläßt es das 3. Änderungsgesetz bei der lockeren Fassung der Hilfen für alte und mit sozialen Schwierigkeiten kämpfende Menschen, die eine Weiterentwicklung dieses Komplexes ermöglichen, ja anregen soll.

bbb) Ausblick nach dem dritten Änderungsgesetz

Die Fortentwicklung des Sozialhilferechts läßt seine Leistungen einen immer stärkeren Versorgungscharakter gewinnen[374]. Nachdem im 2. Änderungsgesetz in § 43 II BSHG zum ersten Mal Reha-Hilfen für schulpflichtige Kinder ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen gewährt wurden, baute das 3. Änderungsgesetz diese Leistungen aus, indem es die Altersgruppe entscheidend erweiterte und nunmehr Kleinkinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr miteinbezieht[375]. Nachdem das Blindengeld als erste Leistung der Sozialhilfe dynamisiert werden konnte, folgte das Pflegegeld. Die automatische Anpassung der besonderen Einkommensgrenzen und Familienzuschläge scheiterte nur knapp[376].

---

372) Petersen, Altenhilfe, NDV 74, 131-132; Oestreicher, a.a.O., S. 200; Wehlitz, Die Altenhilfe nach dem BSHG, S. 36, der insbesondere auf die sozialpolitische Bedeutung der neuen Einkommens- und Vermögensanrechnung des Abs. 4 eingeht.

373) Dazu im einzelnen § 75 I Nr. 2, 3 BSHG.

374) Zu dieser Beurteilung kommt Dahlinger, Entwicklungstendenzen beim Bundessozialhilfegesetz und Finanzierung des Sozialhilfeaufwandes, NDV 71, 204.

375) So der neue § 43 II BSHG.

376) Zu diesem Problem Glombig in der 3. Lesung des Gesetzes, Sten.Ber. der 74. Bundestagssitzung der 7. Wahlperiode, S. 4671. Sogar die Dynamisierung der Regelsätze wird diskutiert, dazu Dahlinger, a.a.O., S. 204.

Ihre spürbare Erhöhung durch das Gesetz[377] führte ebenso wie die weitgehende Freistellung unterhaltspflichtiger Eltern bei Reha-Maßnahmen für erwachsene Behinderte[378] zu einer erheblichen Verminderung der Eigenbeteiligung.

Damit wird für die Reha in der Sozialhilfe ein Stadium erreicht, in dem das die Sozialhilfe beherrschende Subsidiaritätsprinzip seine Bedeutung in erheblichem Umfang einbüßt. Insofern erscheint die von der CDU/CSU erwogene Schaffung eines auf dem Versorgungsprinzip aufbauenden Behindertengesetzes[379] nur als letztes Glied einer konsequenten Entwicklung. Ob diese Entwicklung letztlich zu befürworten ist, bleibt noch zu untersuchen.

4) Ergänzende Leistungen

a) Bisheriger Stand bis zum Jahr 1975

Bei der Mehrzahl ergänzender Leistungen handelt es sich um Geldleistungen, die die Naturalleistungen medizinischer oder beruflicher Art flankieren.

In der gesetzlichen Unfallversicherung ist zu diesem Zweck während der medizinischen Betreuung das Verletztengeld und während der Berufshilfe eine Unterstützung vorgesehen.[380] Beide Zahlungen dienen der wirtschaftlichen Sicherung des Rehabilitanden mitsamt seiner Familie. Sollten trotzdem im Einzelfall Schwierigkeiten auftreten, gibt § 563 RVO der Berufsgenossenschaft die Möglichkeit, denselben mit einer besonderen Unterstützung entgegenzutreten[381].

---

377) Die Neufassung findet sich in § 81 BSHG.
378) Dazu § 91 III BSHG; allgemein zu diesen finanziellen Entlastungen Dahlinger, a.a.O., S. 204-205.
379) Dieser Antrag findet sich in BT-Drs. VII/553.
380) Zum Verletztengeld insbesondere §§ 560, 561 RVO; zur Unterhaltssicherung §§ 568 I RVO i.V.m. 18 II der Verordnung vom 14. 1. 1928 RGBl. I S. 387 sowie die dazu erlassenen Richtlinien der Berufsgenossenschaften, zitiert bei Lauterbach, Gesetzliche Unfallversicherung, Band III, S. 410/2; zu diesen Leistungen Vogt, a.a.O., S. 42.
381) Zur ratio legis des § 563 RVO Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 566 y; neben § 563 RVO bietet die Rentenabfindung gemäß § 613 RVO oft eine wichtige Startchance zum Aufbau einer neuen Existenz, dazu Vogt, a.a.O., S. 45; Dörner, Schmidt, Unfallschutz für Schüler und Studenten, S. 48 betonen ihre besondere Bedeutung für jugendliche Unfallopfer.

Dem Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung entspricht das Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung, das dem Rehabilitanden neben Maßnahmen der medizinischen und der beruflichen Reha gewährt wird[382]. Für den Bereich der Krankenversicherung übernimmt das Krankengeld die wirtschaftliche Sicherung des Rehabilitanden[383].

Die Berufsausbildungsbeihilfe und das Unterhaltsgeld stellen die entsprechenden Hilfen der Arbeitsverwaltung dar. Die Berufsausbildungsbeihilfe deckt den Bedarf für die Ausbildung vollständig; der Lebensunterhalt wird nur soweit sichergestellt, als das Einkommen des Rehabilitanden nicht anzurechnen ist. Bei Minderjährigen, der bedeutendsten Empfängergruppe dieser Hilfeart, wird das Bedarfsprinzip weitgehend ausgeschaltet. Um ihre berufliche Reha möglichst effektiv zu gestalten, soll das Einkommen der Unterhaltspflichtigen nur zur Anrechnung kommen, wenn eine Nichtberücksichtigung offenkundig nicht zu rechtfertigen wäre[384].

Zur Förderung der Fortbildung und Umschulung übernimmt das Arbeitsamt die im Zusammenhang mit den Maßnahmen entstehenden Kosten[385] und gewährt ein Unterhaltsgeld, wenn dies bei ganztägiger Dauer der Schulung die wirtschaftliche Sicherung des Rehabilitanden erfordert[386]. Die Umschulung aber auch ein Arbeitsplatzwechsel des Behinderten können begleitet werden von der Förderung der Arbeitsaufnahme Behinderter[387],

---

382) Einzelheiten des in § 1237 IV a RVO als soziale Betreuungsmaßnahme gewerteten Übergangsgeldes regelt § 1241 RVO.
383) Zum Krankengeld vgl. § 182 RVO.
384) § 16 A-Reha regelt die Anrechnung von Einkommen im Rahmen der Förderung beruflicher Ausbildung. Nach Hoppe, Berufliche Rehabilitation nach dem Arbeitsförderungsgesetz, NDV 71, 31 (36) war im Jahr 1971 an eine monatliche Einkommensgrenze von 4000-5000 DM gedacht, sodaß quasi alle jugendlichen Behinderten die Leistungen in Anspruch nehmen können, ohne mit der Heranziehung ihrer Eltern rechnen zu müssen.
385) § 30 A-Reha nennt Lehrgangsgebühren, Kosten für Lernmittel, Fahrkosten, Kosten für Arbeitsbekleidung, Unterkunft und Verpflegung, Kranken- und Unfallversicherung; im einzelnen vgl. §§ 32 - 39 A-Reha.
386) § 31 A-Reha.
387) §§ 65-95 A-Reha; dazu Hoppe, a.a.O., S. 38; Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (208-209).

soweit diese Maßnahmen nicht schon durch die oben beschriebenen Hilfen abgedeckt sind. In diesem Zusammenhang werden insbesondere Bewerbungs-, Reise- und Umzugskosten, aber auch Trennungs- und Überbrückungsbeihilfen, Arbeitsausrüstungen und sonstige Hilfen wie Führerscheinkosten als Ermessensleistungen von den Arbeitsämtern gewährt.

Eine finanzielle Absicherung während der Phasen medizinischer und beruflicher Eingliederung hält auch die Kriegsopferversorgung bereit. Während die medizinische Reha durch die Gewährung eines Einkommensausgleichs oder einer Behilfe nach § 17 a BVG insbesondere für Selbständige begleitet wird[388], sieht die Kriegsopferversorgung einen Unterhaltsbeitrag für berufliche Rehabilitanden vor[389].

Soweit die Sozialhilfe den Lebensunterhalt des Rehabilitanden nicht bereits im Rahmen der Eingliederungshilfe absichert, wird dies durch die Hilfe zum Lebensunterhalt übernommen, deren Sätze sowohl für Behinderte selbst als auch für von ihnen unterhaltene Personen erheblich angehoben werden, um einen Erfolg der Reha-Bemühungen nicht durch wirtschaftliche Schwierigkeiten gefährden zu müssen[390]. Als weitere ergänzende Maßnahme gewährt die Sozialhilfe die in §§ 70, 71 BSHG geregelte Hilfe zur Weiterführung des Haushalts. Auf diesem Sektor war allerdings die gesetzliche Krankenversicherung von wegweisender Bedeutung. Durch das Leistungsverbesserungsgesetz vom 19. Dezember 1973[391] wurde die Haushaltshilfe erstmals normiert, die eine in manchen Reha-Verfahren nicht zu unterschätzende Hilfestellung bietet[392]. Sie soll die Eingliederung fördern, indem sie den ordnungsgemäßen Ablauf des Haus-

---

388) §§ 17, 17 a BVG; Einzelheiten bei Prange, Rehabilitation nach dem Bundesversorgungsgesetz, Medizinische Welt 74, 1999 (2004); Jung, a.a.O., S. 213; Vogt, a.a.O., S. 14.
389) § 26 IV BVG; Einzelheiten bei Vogt, a.a.O., S. 18; Prange, a.a.O., S. 2006.
390) Dazu §§ 41, 42 BSHG mit Stellungnahme von Vogt, a.a.O., S. 78 und Jung, a.a.O., S. 225.
391) BGBl. 1973 I S. 1925.
392) Einzelheiten in § 185 b RVO; dazu Jung, a.a.O., S. 193.

haltes sicherstellt, soweit dies dem Rehabilitanden nicht möglich ist[393].

Die ergänzenden Leistungen zur Reha wurden entscheidend durch das Reha-Angleichungsgesetz weiterentwickelt, das die Vereinheitlichung der begleitenden Geldleistungen in Form des Übergangsgeldes brachte und Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur Bundesanstalt für Arbeit vorsah. Da ein Schwerpunkt des Reha-Angleichungsgesetzes neben der Vereinheitlichung der Leistungen in der Verbesserung des Reha-Verfahrens liegt, soll das komplizierte Gesetzeswerk erst in diesem Zusammenhang einheitlich dargestellt werden.

Als zweites Werk der neueren Reha-Gesetzgebung mit einem Schwerpunkt im Bereich ergänzender Hilfen ist das Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter zu nennen.

b) Weiterentwicklung durch das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 - BGBl. I S. 1061

aa) Entstehungsgründe des Gesetzes

Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter bildet den vorläufigen Schlußpunkt der neueren Behindertengesetzgebung. Im Gegensatz zu den bisher behandelten Normierungen versucht es, einen nicht im allgemeinen Arbeitsleben stehenden oder für dasselbe auszubildenden Personenkreis in den Schutz der Sozialversicherung einzubeziehen.

Das Gesetz geht von der Tatsache aus, daß schätzungsweise 250.000 bis 500.000 Behinderten, die nicht ins normale Erwerbsleben eingegliedert sind, Leistungen aus der Sozialversicherung versagt bleiben[394]. Von diesen "Unterprivilegierten" arbeiten etwa 15.000 in Werkstätten für Behinderte

393) Näheres zur Haushaltshilfe bei Najda, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts - Hilfe ohne Probleme? ZfdF 72, 197-198; Senhold, Schlüsche, 50 Jahre Fürsorge und Sozialhilferecht, ZfdF 74, 98 (103).

394) Meurer, Stichtag 1. Juli, BABl 75, 335; Entwurf eines Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter, BT-Drs. VII/1992 S. 1; Meurer, Zur sozialen Sicherung der Behinderten in der BRD, ZSR 73, 65 (70).

und 25 bis 30.000 in Regiebetrieben irgendwelcher Anstalten[395]. Hinzu kommen etwa 3000 Jugendliche, die in Einrichtungen der Jugendhilfe eine die Berufsausbildung vorbereitende Tätigkeit ausüben[396].

Schwerbehinderte besitzen, wenn überhaupt, nur von Dritten abgeleitete Ansprüche aus der sozialen Krankenversicherung[397]. Eine eigenständige Sicherung ist ihnen wegen des enormen Kostenrisikos infolge ihres Leidens auch in der privaten Krankenversicherung meist unmöglich[398]. Diese Notlage stellt einen zweiten Schwerpunkt gesetzlicher Neuordnung dar.

Schließlich wurde es als unbefriedigend empfunden, wenn Behinderte zum Teil jahrzehntelange Beitragszeiten in der Rentenversicherung zurückgelegt haben, dann jedoch im Falle des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Wirtschaftsleben keine Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten können, da sie schon bei ihrem Eintritt ins Arbeitsleben als erwerbsunfähig anzusehen waren[399].

bb) Inhalt des Gesetzes

Der Aufbau des Gesetzes trägt dieser Aufgabenstellung dadurch Rechnung, daß im 1.Abschnitt die Sozialversicherung der Behinderten als Mittelpunkt der Neuordnung systematisch vor den übrigen regelungsbedürftigen Fragen behandelt wird[400].

---

395) BT-Drs. VII/1992 S. 9-10; von Borries, Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter, BKK 75, 133 (134); zur Einbeziehung dieser Behinderten in Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung vor Erlaß des Gesetzes Meurer, Die soziale Sicherung von Behinderten in Anstalten, BABl 73, 76-80.

396) BT-Drs. VII/1992 S. 11.

397) Zum Umfang und zur Unzulänglichkeit dieses Schutzes Meurer, Neuordnung notwendig, BABl 75, 165 (166).

398) Dazu umfassend Loos, Individual-Versicherung geistig Behinderter, Bl. d. Wohlfahrtspflege 70, 152-155; Meurer, ZSR 73, 65 (83).

399) BT-Drs. VII/1992 S. 10.

400) Diese Betrachtung bezieht nur die für die Reha Behinderter unmittelbar bedeutsamen Neuerungen ein. Eine umfassende Behandlung des Gesetzes findet sich bei von Borries, Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter, BKK 75, 133 (137).

Nachdem bisher die in Werkstätten für Behinderte und in Regiebetrieben arbeitenden Behinderten wegen der übersetzten Anforderungen an ihre Verdienstmöglichkeiten weitgehend aus der Sozialversicherung ausgesperrt wurden[401], entschloß sich der Gesetzgeber zur einzig konsequenten Lösung dieses unhaltbaren Zustandes. In Zukunft wird nicht mehr die Höhe einer Vergütung, sondern allein die Tatsache der Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte oder einem Regiebetrieb über die Sozialversicherungspflicht entscheiden[402].

Die damit vollzogene Einbeziehung dieses Behindertenkreises in die Renten- und Krankenversicherung mußte zunächst politisch gegen Bestrebungen durchgesetzt werden, die eine Versorgung der betroffenen Behinderten durch die Sozialhilfe für ausreichend erachteten[403].

Als eigentliches Problem erwies sich jedoch weniger die Einbettung des Komplexes in die Sozialversicherung. Viel größere Schwierigkeiten bereitete die Sicherstellung des Beitragsaufkommens, die vom Kreis der Begünstigten nicht erwartet werden konnte. Während für die Krankenversicherung eine relativ geringe Beitragsbemessungsgrundlage angesetzt wurde, die vom Versicherten und dem Träger der Anstalt als Arbeitgeber aufzubringen ist[404], wurde für die Rentenversicherung eine dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt aller

---

401) Wennberg, Sozialversicherung Behinderter - ein Zwischenbericht, Bl. d. Wohlfahrtspflege 72, 244.
402) So §§ 1, 2 des Gesetzes; zur Diskussion um diesen Streitpunkt BT-Drs. VII/1922 S. 12-13.
403) Dazu Meurer, Stichtag, 1. Juli, BABl 75, 335; zu den in diesem Zusammenhang erörterten Lösungsmöglichkeiten Wennberg, a.a.O., S. 244 und Klee, Behinderten-Report, S. 132.
404) Zu finanziellen Auswirkungen der Regelung auf die Krankenversicherung von Borries, a.a.O., S. 135; BT-Drs. VII/1922 S. 13.

Mitglieder nahekommende Grundlage angesetzt, die das tatsächliche Entgelt des Behinderten bei weitem übersteigt[405]. Dazu war man verpflichtet, wenn die schließlich erzielbaren Renten die geltenden Sozialhilfesätze spürbar übersteigen sollten. Die dadurch entstehenden Beitragslasten konnten weder die Behinderten noch die Anstalten oder Werkstätten tragen. Sie werden nach einem komplizierten Schlüssel zwischen den eben Genannten sowie Bund und Ländern aufgeteilt, wobei letztere den größten Anteil tragen[406].

Diesem Personenkreis werden die nicht zu einem anerkannten Beruf in Berufsbildungswerken ausgebildeten Behinderten gleichgestellt[407]. Die Gruppe der 3000 Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe erhalten neben diesen Verbesserungen einen zusätzlichen Schutz durch die Arbeitslosenversicherung[408].

Die Problematik mangelhaften Krankenversicherungsschutzes wurde gelöst, indem man allen Behinderten mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit über 50 % ein Zutrittsrecht einräumte[409]. Die davon betroffenen, meist seit Geburt oder

---

405) Zu Einzelheiten der Beitragsbemessungsgrundlage für die Krankenversicherung Art. 1 §§ 4, 5 und für die Rentenversicherung Art. 1 § 8 des Gesetzes.

406) Einzelheiten in Art. 1 §§ 9,10 des Gesetzes. Diese Beitragsübernahme durch Bund und Länder gilt nur für die Werkstätten für Behinderte. Die Anstalten müssen diese Kosten selbst tragen, da hier durch die mitarbeitenden Behinderten Ausgaben für andernfalls einzustellende Arbeitskräfte eingespart werden; dazu Meurer, BABl 75, 165 (166) mit eindrucksvollen Beispielen.

407) Art. 2 § 1 Nr. 1, 3, 9-11, 14, 22, 23, § 2 Nr. 1, 9, 10, § 4 Nr. 2, 4 des Gesetzes zur Regelung für diese Gruppe.

408) Art. 2 § 1 Nr. 1, 3, 9-11, 14, 22, 23, § 2 Nr. 1, 9, 10, § 4 Nr. 2, 4 des Gesetzes regeln die Neuerungen für die Jugendlichen. Dazu und zu den unter Fußnote 407 angesprochenen Behinderten von Borries, a.a.O., S. 135-137.

409) Art. 2 § 1 Nr. 2, 6, 12, Art. 3 § 1 des Gesetzes, dazu von Borries, BKK 75, 133 (136).

früher Jugend Behinderten können von der durch das Reha-Angleichungsgesetz nun rehabilitativ ausgerichteten Krankenversicherung eine Versorgung ihrer Leiden zu erschwinglichen Prämien verlangen. Sollten sie die Beiträge nicht selbst aufbringen können, gibt das 3. Änderungsgesetz zum BSHG die Möglichkeit, daß diese von der Sozialhilfe übernommen werden, und vervollständigt damit die Sicherung[410].

Die Leistung langjähriger Beiträge zur Rentenversicherung kann nach der Neufassung auch für Behinderte zu einer Erwerbsunfähigkeitsrente führen, obwohl der Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit bereits beim Eintritt ins Arbeitsleben vorlag[411]. Diese jeder Dogmatik widersprechende Problemlösung setzt jedoch die Erfüllung einer Wartefrist von 20 Jahren voraus, bevor man die Erwerbsunfähigkeitsrente beantragen kann, um Renten zu sichern, die nicht im Bereich der Sozialhilfesätze liegen[412].

cc) Systematische Bedeutung des Gesetzes

Die von diesem Gesetz betroffenen etwa 40.000 Behinderten in Werkstätten für Behinderte und Anstalten werden mit der Einbeziehung in die Sozialversicherung nur ansatzweise für oft jahrzehntelange Arbeitsleistungen entschädigt, die sie ohne vollwertige Bezahlung erbracht haben. Das Gesetz gewährt demnach keineswegs staatliche Versorgungsleistungen an alle Betroffenen. Wenn auch ein Teil der Begünstigten wirtschaftlich effektiv verwertbare Leistungen nicht erbringt, so besitzen die Hilfen des Gesetzes für die übrigen doch Entgeltcharakter. Das Gesetz deckt nur den Bereich der Kranken- und Rentenversicherung ab. Die Unfallversicherung konnte ausgeklammert werden, da sie die beschäftigten

---

410) Vgl. § 13 BSHG in der Fassung des 3. Änderungsgesetzes. Eine weitere Verbesserung besteht in der Aufhebung einer Altersgrenze für mitversicherte familienangehörige und behinderte Kinder, die von einzelnen Krankenkassen noch aufrechterhalten wird, Art. 2 § 1 Nr. 4, § 5 Nr. 2 des Gesetzes.

411) Diese Konstruktion gibt ein ausgezeichnetes Beispiel zur Bedeutung dogmatischer Hindernisse bei politisch als notwendig erkannter Lösung eines Problems.

412) von Borries, BKK 75, 133 (136); zur Problematik der Rentenhöhe Geisenhofer in der 3. Lesung des Gesetzes, Sten.Ber. der 152. Sitzung des Bundestages in der 7. Wahlperiode S. 10487.

Behinderten bereits erfaßte[413]. Eine Versicherung gegen Arbeitslosigkeit scheitert am fehlenden Arbeitsmarkt für Behinderte in Werkstätten und Regiebetrieben[414].

Trotz dieser nur beschränkten Einbeziehung in die Sozialversicherung stellt das Gesetz einen weiteren Schritt zur Öffnung der bisher gruppenspezifisch ausgerichteten Einrichtung dar[415]. Nachdem das Schülerunfallversicherungsgesetz einen ersten Schritt zur Einbeziehung einer Großgruppe unternommen hatte, die noch nicht im Erwerbsleben stand, wurde diese Tendenz vom Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter aufgegriffen und fortgesetzt. Dennoch darf nicht verkannt werden, daß damit nicht einmal eine Teillösung, allenfalls Ansätze zur Bewältigung einer umfassenden sozialen Sicherung nicht im Erwerbsleben stehender Behinderter erreicht wurde. Da ihre Zahl weitgehend unbekannt ist - einzelne Experten beziffern sie bis zu einer halben Million - wird deutlich, daß mit der sicher segensreichen Lösung des Gesetzes zur Sozialversicherung Behinderter vielleicht nur jeder zehnte hilfebedürftige, infolge seiner Erwerbsunfähigkeit von der Sozialversicherung ausgeschlossene Behinderte entscheidend gefördert wird.

5) Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 - BGBl. I S. 1881

a) Schwächen der Rehabilitation vor Erlaß des Gesetzes

aa) Die Leistungsinhalte

Für den Bereich der Reha stellt sich der Leistungsumfang einzelner Träger folgendermaßen dar:
Während die Unfall- und Rentenversicherung umfassende Reha-Maßnahmen gewähren, die allerdings auf beruflich integrierbare Personen beschränkt bleiben, sind der Bundesanstalt

---

413) Wallerath, Die sozialrechtliche Stellung der in der Werkstatt für Behinderte Beschäftigen, in: Werkstatt für Behinderte, S. 300 (497).
414) von Borries, a.a.O., S. 135; BT-Drs. VII/1922 S. 10.
415) Meurer, Stichtag 1. Juli, BABl 75, 335.

für Arbeit der berufliche und der Krankenversicherung der medizinische Aspekt der Reha vorbehalten. Ein umfassendes Hilfeangebot halten schließlich Bundesversorgungs- und Bundessozialhilfegesetz bereit, die neben medizinischer, beruflicher und ergänzender auch allein soziale Unterstützung anbieten, ohne daß ein Bezug zum Erwerbsleben bestehen muß.

Wenn man die Leistungspalette aller Träger zusammensieht, können prinzipiell alle Reha-Wünsche erfüllt werden. Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, daß der einzelne Rehabilitand immer nur einem oder einzelnen Trägern zugewiesen wird. Damit müssen sich im konkreten Fall die zumindest in Randbereichen noch in allen Gebieten differierenden Leistungen nachteilig bemerkbar machen. Die Mängel in der Krankenhilfe[416] benachteiligen eine große Gruppe potentieller Rehabilitanden. Durch die speziell auf das Arbeitsleben ausgerichteten Leistungen in Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung werden im Arbeitsleben nicht mehr einsetzbare Behinderte der Sozialhilfe überwiesen. Da diese nur bei Bedürftigkeit und gegenüber den anderen Trägern nachrangig leistet, zudem ihre finanzielle Ausstattung teilweise mangelhaft ist, sah man im Rehabilitandenkreis der Sozialhilfe das "Behindertenproletariat"[417], dessen Integration in die Bereiche der Sozialversicherung und Versorgung als vordringliche Aufgabe betrachtet wurde.

Einen ersten Schritt in diese Richtung unternahm das Arbeitsförderungsgesetz, dessen berufliche Reha-Leistungen jedermann ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen gewährt werden[418], und das auf diese Weise die Sozialhilfe von beruflichen Eingliederungshilfen weitgehend entlastete.

---

416) Vergleiche dazu S. 70.
417) Zur Behindertenhierarchie Klee, Behinderten-Report, S. 81 - 85; Glombig, Das Sozialstaatsgebot und die Behinderten, BABl 74, 281 (282).
418) Zu Ausnahmen vgl. S. 72-73.

bb) Das Rehabilitationsverfahren

Die eigentliche Problematik der Reha lag jedoch nicht im Bereich des Leistungsumfanges einzelner Träger, sondern in der Koordination des Leistungsvorganges im Bereich eines Trägers sowie verstärkt im Zusammenwirken der Träger untereinander[419].

Welche Schwierigkeiten sich hier auftaten, kann am besten dargestellt werden, indem der zwischen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, Kriegsopferversorgung, Bundesanstalt für Arbeit und Sozialhilfe bestehende Zuständigkeitswirrwarr skizziert wird[420].
Zur vereinfachten Darstellung soll vorausgeschickt werden, daß die Sozialhilfe bei allen Maßnahmen nur subsidiär zuständig ist, ihr also alle anderen Träger vorgehen - § 2 II BSHG.
Die Bundesanstalt für Arbeit wird grundsätzlich von anderen Trägern bei Einleitung beruflicher Reha-Maßnahmen beratend eingeschaltet. In alleiniger Zuständigkeit kann sie nur tätig werden, wenn der Personenkreis nicht von anderen Institutionen bereits erfaßt wird. Gegenüber der Sozialhilfe ist sie vorrangig leistungsverpflichtet - § 57 AFG geht § 2 BSHG vor.Der medizinische Sektor wird grundsätzlich von der Krankenversicherung abgedeckt. Allerdings dürfen Renten- und Unfallversicherung die medizinische Reha an sich ziehen, soweit ihre Leistungspflicht besteht und

---

419) Jung, Grundgedanken zum Rehabilitationsangleichungsgesetz, OKK 74, 792 (794); Glombig, Berufliche Rehabilitation, international gesehen, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 222 (235 ff); Stroebel, Koordination und Kooperation in der Rehabilitation, Soziale Sicherheit, 74, 325-330; Gemsjäger, Zusammenarbeit und Koordination auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation, in: Wege zur Chancengleichheit Behinderter, S. 239 (240 ff); die ausführlichste Darstellung bundesrepublikanischer Koordinierungsinstitutionen und einschlägiger Abkommen findet sich bei Nelles, Koordination der Rehabilitationsmaßnahmen, ZSR 70, 323-340; Husa, Die Koordinierung der Rehabilitation, Soziale Sicherheit, 68, 289-291.

420) Zu den Zuständigkeiten Vogt, a.a.O., S. 34 ff, 41, 52, 83, 84; Jung, Gesetzliche Grundlagen, in: Rehabilitation, Band 1, S. 186 (195, 196, 202-204, 216); Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 2, S. 558 c, d, Band 3, S. 666 c, d V, f II, h, h I.

sie eine Heilung besser gewährleisten können als die Krankenversicherung - §§ 565, 1239 RVO. Soweit zwischen Renten- und Unfallversicherung Zuständigkeitsprobleme bestehen, soll die in der Reha erfahrenere Unfallversicherung die Betreuung übernehmen. Die Kriegsopferversorgung tritt hinter die Unfallversicherung zurück, § 10 VI BVG, während sie als langjähriger Reha-Träger gegenüber der auf diesem Sektor noch nicht so erfahrenen Rentenversicherung vorrangig verpflichtet ist. Von der Krankenversicherung wird der überwiegende Teil medizinischer Reha-Leistungen für die Kriegsopferversorgung erbracht - § 10 II BVG. Den Rest übernehmen die Behörden der Versorgungsverwaltung, während die beruflichen und ergänzenden Maßnahmen hauptsächlich von den Hauptfürsorgestellen im Rahmen der Kriegsopferversorgung erbracht werden.

Diese verwirrende Vielfalt von Zuständigkeiten, die oft nicht exakt vom Gesetzgeber abgegrenzt sind - Beispiel: das Verhältnis von Renten- und Krankenversicherung oder von Unfall- und Krankenversicherung in §§ 565, 1239 RVO - gilt nur für die normalen Reha-Fälle. Bei speziellen Krankheiten wie Tuberkulose kann sich dieses Bild nochmals verschieben. Daß der regelmäßig rechtsunkundige Behinderte sich in diesem Irrgarten nicht zurechtfindet, bedarf keiner Frage. Selbst für Experten ist eine Orientierung oft mit Schwierigkeiten verbunden.

Die Schaffung einer Vielzahl von Koordinierungsstellen konnte keine Abhilfe bringen und führte schließlich zur keineswegs überspitzten Forderung nach "Koordination der Koordination"[421].

Vor allem in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre wollten einzelne Gruppen diese Problematik lösen, indem sie eine Bundesanstalt für Rehabilitation forderten, deren Aufgabe

---

421) Nelles, a.a.O., S. 339, der von "Koordination der Koordinationsinstrumente" spricht.

die Zentralisierung aller Eingliederungsbestrebungen sowie eine zügige Erledigung des Einzelfalles sein sollte[422]. Dieses Projekt, dessen politische Durchsetzbarkeit nicht zuletzt am Widerstand der sozialen Selbstverwaltung scheiterte, war auch wissenschaftlich nicht unbestritten. Zur Realisierung gelangte es nicht einmal in Ansätzen. Ähnlich erging es anderen Vorschlägen, die zwar keine radikale Zentralisierung in einem einzigen Träger forderten, aber doch auf eine einschneidende Aufgabenverteilung zwischen den bisherigen Reha-Trägern hinausliefen[423]. Angeknüpft wurde dabei an die Tatsache, daß jede Institution auf speziellen Gebieten langjährige und ganz spezifische Erfahrungen gesammelt hat und sie diesen Erfahrungsschatz in der Behandlung jedes ähnlich gelagerten Falles verwerten soll.

Allen diesen Neuerungen wurde aber spätestens durch den Erlaß des Arbeitsförderungsgesetzes ein Riegel vorgeschoben, in dem sich der Gesetzgeber für die Beibehaltung des gegliederten Systems entschied[424] und auch tiefgreifende Umgestaltungen im Zuständigkeitskatalog nicht vorsah.

---

422) Diese Bundesanstalt wurde mit Abweichungen in Einzelheiten gefordert unter anderem von Glombig, Berufliche Rehabilitation, international gesehen, in: Die Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 222-237; Klee, Behinderten-Report, S. 92-95; ablehnende Stimmen bei Lauterbach, Zentralinstitut für Rehabilitation ? in: Sozialenquête und Sozialrecht, S. 65-74; Gitter, Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht, S. 199; Nelles, a.a.O., S. 339-340; differenzierend Walter Bogs, u.a., Sozialenquête - Soziale Sicherung in der Bundesrepublik, S. 297-302. Einen guten Überblick über die Stadien der Entwicklung bis zur Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gibt Gemsjäger, a.a.O., S. 239-244.

423) Dazu noch neuerdings Marburger, Zweckmäßigkeit der Leistungsabgrenzung zwischen der Rentenversicherung und den anderen Sozialversicherungsträgern auf dem Gebiet der Rehabilitation, AV 75, 284 - 288.

424) Vgl. dazu den Bericht des Ausschusses für Arbeit, zu BT-Drs. V/4110 S. 12.

Man war zu diesem Zeitpunkt einhellig der Ansicht, daß zum Erreichen eines zufriedenstellenden Reha-Erfolges wesentliche Verbesserungen erforderlich seien. Die Statistik belegte, daß eine nicht unerhebliche Zahl von Reha-Verfahren gar nicht erst aufgenommen wurde, erfolglos oder unbefriedigend abgeschlossen wurde[425]. Die Zahl von jährlich 200.000 neu hinzukommenden Frühinvaliden konnte nicht entscheidend gesenkt werden und dokumentiert die noch vorhandenen Schwächen damaliger Reha-Systematik[426].

Inwiefern das Reha-Angleichungsgesetz eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Leistungen und eine Verbesserung des Eingliederungsverfahrens gebracht hat, wird Hauptgegenstand seiner folgenden Darstellung sein.

b) Die Aussagen des Gesetzes

aa) Motive und Hauptanliegen des Gesetzgebers

Das Reha-Angleichungsgesetz stellt den einschneidendsten Eingriff der neueren Reha-Gesetzgebung in das überkommene Gefüge der Eingliederung Behinderter in die Gesellschaft dar. Es handelt sich zwar um kein einheitlich konzipiertes Reha-Gesetz, das der bisherigen Regelung ein neues Fundament geben könnte[427]. Da die Normen der Reha in das Gesamtgefüge der sozialen Sicherung eingebettet sind und eine Vereinheitlichung dieser Materie durch Gesetzgeber und Verwaltung weder in ihrem Wert unbestritten noch politisch durchsetzbar war, mußte das Reha-Angleichungsgesetz sich insoweit Beschränkungen auferlegen. Die Vielzahl der Zuständigkeiten[428] führte zu einer Unübersichtlichkeit des

425) Manfred Schmidt, Eine wichtige Investition: Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, AV 75, 64-65.
426) Boll, Rehabilitation in der Bundesrepublik, Dt. Ärzteblatt 73, 3324; Rosenberg, Möglichkeiten derReform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, S. 35.
427) Jung, Preuß, Rehabilitation, S. 9; Jung, Einbeziehung der Sozialhilfe in das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, NDV 75, 161 (162).
428) Eine Übersicht findet sich auf S. 117-118.

gesamten Reha-Bereiches, der eine oft zusammenhanglose Entwicklung der Eingliederungsbemühungen bei den einzelnen Trägern begünstigte, zu unterschiedlichen Begriffen, Leistungsarten und divergierendem Leistungsumfang führte. So wurde die Koordination zum Kernproblem der Reha[429].

Als deutliches Symptom dieser Schwierigkeiten erwies sich die im Herbst 1969 entstandene Unruhe in einigen Berufsförderungswerken. Sie wurde maßgeblich durch eine infolge des neu erlassenen Arbeitsförderungsgesetzes intensivierte, unterschiedliche Leistungsgewährung einzelner Träger ausgelöst[430] und lieferte erste Ansätze zur Erarbeitung des vorliegenden Gesetzes.

Dieses definiert keinen Begriff der Reha. Neben dem Ziel der Reha wurde der Komponente eines nahtlosen Reha-Verfahrens die überragende Bedeutung beigemessen, die ihr für den mittlerweile als kohärenten Prozeß[431] erkannten Verlauf jeder gelungenen Eingliederung zukommt[432].

Die somit als sozialpolitische Zielvorstellung und als Verfahren erkannte Reha sollte nicht am Ausgleich von Schädigungsfolgen und damit in Kategorien des Zivil- und Privatversicherungsrechts stecken bleiben. Ihr Ziel wurde in einer optimalen Entfaltung der Persönlichkeit durch gelungene Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft gesehen[433].

---

429) Begründung zum Entwurf eines Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, BT-Drs. VII/1237 S. 49-50; Jung, Grundgedanken zum Rehabilitations-Angleichungsgesetz, OKK 74, 792 (794).

430) Dazu Jung, Das Rehabilitationsangleichungsgesetz, BABl 74, 441 (442); Trachte, Harmonisierung der Rehabilitationsleistungen, BG 73, 381; Jung, OKK 74, 792 (796).

431) Begründung zum Regierungsentwurf, BT-Drs. VII/1237 S. 49.

432) Die beiden Komponenten der Reha als Ziel und als Verfahren betont Jung, OKK 74, 792.

433) Jung, Peuß, a.a.O., S. 4; BT-Drs. VII/1237 S. 49.

Als Hauptanliegen des Reha-Angleichungsgesetzes kamen unter diesen Umständen, die eine Modifizierung im Detail dringend erforderten, eine Totalreparation indes nicht zuließen, folgende Schwerpunkte in Betracht[434]:

- Die Nachteile des gegliederten Systems sollen überwunden werden, wobei das System selbst nicht in Frage gestellt werden darf. Das beinhaltet eine bessere Orientierung der Behinderten durch umfassende Information, ein nahtloses und zügig ablaufendes Verfahren, ferner die Angleichung unterschiedlicher Leistungen bei den einzelnen Trägern.

- Die Leistungen zur Eingliederung sollen unabhängig von der Ursache der Behinderung allen Rehabilitanden erreichbar sein. Bei dieser finalen Ausgestaltung der Hilfen behält die Fortgeltung kausaler Leistungsvoraussetzungen keine nennenswerte Bedeutung mehr für den Umfang der Reha-Maßnahmen. Sie bleibt jedoch Zuordnungsfaktor zu den einzelnen Trägergruppen.

- Diejenigen Rehabilitanden, die bisher außerhalb der Sozialversicherung stehen und keine Reha-Ansprüche auf Versorgungs- oder sonstige Entschädigungsleistungen besitzen, sollen möglichst in den Schutz der Versichertengemeinschaft einbezogen werden und künftig Reha-Leistungen als Versicherungsleistungen erhalten.

bb) Die Konstruktion des Gesetzes

Die Tatsache, daß das Reha-Angleichungsgesetz kein neues Reha-Gesetz aus einem Guß ist, sondern sich auf die Normierung allgemeingültiger Verfahrensvorschriften beschränkt und einen einheitlichen Leistungsrahmen schafft, dabei jedoch den bisherigen Gesetzen ihre Wirksamkeit beläßt, erklärt seinen für den Laien verwirrenden Aufbau[435].

---

434) Zu diesen Schwerpunkten vgl. Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. VII/2256 S. 2; Jung, Preuß, a.a.O., S. 5-6.

435) Darauf gehen näher ein Jung, Preuß, a.a.O., S. 9.

So enthalten die einleitenden Paragraphen 1 bis 8 künftig für alle Reha-Träger verbindliche Verfahrensgrundsätze. Der 2. Abschnitt - §§ 9 - 20 - schafft einen einheitlichen Katalog der künftig zu erbringenden Reha-Maßnahmen. Diesen Normen kommt eine unmittelbare Verbindlichkeit nicht zu. Sie besitzen neben einer rein informativen allerdings eine Leitfunktion für Auslegungsfragen in der Praxis[436]. Die im 2.Abschnitt vorgesehenen Hilfen erlangen Rechtskraft für den Bürger erst durch ihre Transponierung in die den einzelnen Reha-Trägern zugeordneten Leistungsgesetze. Ihren Einbau in das überkommene System der Reha übernehmen die §§ 21- 37 im 3. Teil des Gesetzes. Der letzte Abschnitt enthält schließlich in §§ 38 - 45 einige Übergangs- und Schlußvorschriften.

cc) Inhalte des Gesetzes

aaa) Die Leistungen im Reha-Angleichungsgesetz

§§ 10, 11 Reha-Angleichungsgesetz normieren die wichtigsten medizinischen und beruflichen Leistungen, ohne die Einzelmaßnahmen abschließend aufzuzählen. Sie belassen daher dem Reha-Träger die Möglichkeit, neueste Erkenntnisse medizinischer und beruflicher Eingliederung neben den im Gesetz normierten zu gewähren[437].

Tiefgreifende Neuerungen im Leistungsgefüge haben die in § 12 des Gesetzes normierten ergänzenden Leistungen gebracht[438]. Besondere Betonung verdient in diesem Zusammenhang

---

436) Belusa, Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabbiitation vom 7.8.1974, AV 74, 381 (385), der den §§ 9-20 nur informativen Wert zuerkennt, kann nicht beigepflichtet werden. Eine stärkere Bedeutung kommt ihnen zu, wenn sie als Auslegungsregeln für Streitfragen betrachtet werden - so Jung, Preuß, a.a.O., S. 161; Hoppe, Die Bundesanstalt für Arbeit als Rehabilitationsträger nach dem Arbeitsförderungsgesetz, Die Sozialversicherung 75, 169 (171).

437) Jung, Preuß, a.a.O., S. 164, wo auf S. 166, 168 zudem die Bedeutung des beruflichen Aufstieges sowie die Einbeziehung der Ausbildung in Werkstätten für Behinderte betont wird.

438) Zur Beschränkung der Reha-Zielsetzung, die auch ergänzende Leistungen nur zuläßt, soweit sie einen Bezug zum Arbeitsleben besitzen, Jung, Preuß, a.a.O., S. 121; Preuß, Rehabilitationsangleichungsgesetz - eine erste Bilanz, BABl 75, 330 (331).

die entscheidende Verbesserung sozialer Sicherung der Behinderten während des Eingliederungsprozesses. Die in den einzelnen Zweigen während der Reha gewährten Geldleistungen werden in Form des Übergangsgeldes vereinheitlicht. Nur das Krankengeld der sozialen Krankenversicherung behält seinen Namen, da ihm keine Übergangsfunktion zukommt[439]. Zu dieser einheitlich in Höhe von 80 % des letzten Bruttogehalts gezahlten wirtschaftlichen Absicherung der Rehabilitanden mitsamt ihrer Familien tritt eine umfassende soziale Sicherung des Behinderten während der Reha hinzu. Im Laufe der medizinischen und beruflichen Förderung unterliegt er der Rentenversicherungspflicht. Während der beruflichen Eingliederung werden zusätzlich Beiträge zur Kranken- und Arbeitslosenversicherung geleistet, so daß der Zeitraum der Reha für den Behinderten weder einen Verlust noch eine Minderung seiner bisherigen sozialen Sicherung bedeutet[440].

§ 12 des Gesetzes bezieht außerdem die Gewährung von Reisekosten, Behindertensport sowie der mit einer berufsfördernden Maßnahme zusammenhängenden Kosten in die ergänzenden Leistung ein und sieht schließlich die erstmals in der Krankenversicherung als Reha-Maßnahme gewährte Haushaltshilfe für alle Träger vor[441].

---

439) Wenig, Was bringt das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation für die Krankenversicherung? KV 74, 40 (45); näheres zum Übergangsgeld insbesondere seiner Dynamisierung und zeitweiligen Weitergewährung nach Abschluß einer Reha-Maßnahme regeln §§ 13-18 des Gesetzes - dazu Jung, Preuß, a.a.O., S. 9, 128, 186, 205; Begründung des Regierungsentwurfs, BT-Drs. VII/1237 S. 58-61; Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. VII/2256 S. 4-5.

440) Marburger, Die Sozialversicherung der Rehabilitanden, ZfdF 75, 62; Meyer-Felsburg, Die soziale Sicherung der Behinderten während der Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz, AV 74, 474-475; Hungenberg, Sozialversicherung der Rehabilitanden, OKK 74, 855-863.

441) Zu den Leistungen des § 12 Reha-Angleichungsgesetz, Jung, Preuß, a.a.O., S. 171-179.

Die abschließend normierten sonstigen Leistungen zur Reha sollen sicherstellen, daß das Ziel einer erfolgreichen Reha erreicht wird. Sie sind wegen der Vielfalt in Betracht kommender Leistungsmodalitäten nicht näher spezifiziert, müssen jedoch einen unmittelbaren Bezug zu Maßnahmen medizinischer und beruflicher Eingliederung aufweisen - so jedenfalls die Meinung von Jung, Preuß, die noch zu kritisieren sein wird[442].

bbb) Aussagen zum Reha-Verfahren

Neben dieser Vereinheitlichung der Leistungen verfolgt das Reha-Angleichungsgesetz eine Verbesserung des Verfahrens als zweites Hauptziel. Nur von einem partnerschaftlichen Zusammenwirken der vom Reha-Träger angestellten Fachkräfte mit dem Rehabilitanden kann letztlich ein zufriedenstellender Abschluß des Eingliederungsprozesses erhofft werden.

Der Behinderte als wichtigster Partner dieser Beziehung wird durch § 3 Reha-Angleichungsgesetz zu aktivieren versucht. Nachdem die generelle Unterrichtung der Bevölkerung eine Informationsbasis geschaffen hat, sollen jedem Behinderten umfassende Auskünfte erteilt werden. Der zuständige Reha-Träger soll ihm eine individuelle Beratung gewähren[443], um ihn nicht zum unwissenden Objekt, sondern zu einem informierten und an der Mitarbeit interessierten Mitträger der Reha zu machen.

---

442) a.a.O., S. 179, 218-221; Diese Interpretation wird nicht vertreten bei Kugler, Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, S. 37.

443) Einzelheiten zur Unterrichtungs-, und Beratungspflicht finden sich bei Siebeck, Aufklärung, Auskunft und Beratung im Dienste der Rehabilitation, OKK 74, 820 (823-826, 828); Preuß, BABl 75, 330 (333); Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. VII/2256 S. 5-6; Jung, Preuß, a.a.O., S. 135-137.

Die Reha-Träger als zweiter Partner der Beziehung werden zu einer frühzeitigen Einleitung und einer zügigen Durchführung des Verfahrens verpflichtet - § 5 des Gesetzes[444]. Die bedeutsame baldige Einleitung einer jeden Reha soll durch die Neufassung der Vorleistungspflicht entscheidend verbessert werden. § 6 II Reha-Angleichungsgesetz normiert deshalb bei ungeklärter Zuständigkeit oder sonstiger Gefährdung einer sofortigen Einleitung des Verfahrens außer der bisher bereits in § 38 AFG vorgesehenen Vorleistungspflicht der Bundesanstalt für Arbeit bei beruflichen Hilfen nunmehr eine solche auch für medizinische Maßnahmen. Mit dieser Aufgabe wird die Rentenversicherung betraut, da sie ohnehin die Mehrzahl medizinisch Behandelter betreut[445].

Die dadurch angestrebte schnelle Einleitung eines jeden Reha-Verfahrens soll durch die Verpflichtung der Reha-Träger zu enger Zusammenarbeit und durch den Grundsatz einheitlicher Trägerschaft in einen zügig durchgeführten Eingliederungsprozeß überführt werden[446]. Der Grundsatz einheitlicher Trägerschaft besagt nicht, daß jeder Träger alle eine umfassende Reha garantierenden Hilfen selbst gewähren muß, da dies eine völlige Umstrukturierung des Systems bedingen würde. Er will nur erreichen, daß die Leistungsbreite jedes Trägers voll ausgeschöpft wird und möglichst ein Träger den Behinderten vom Beginn bis zum Ende des Reha-Prozesses betreut und für ihn verantwortlich bleibt[447].

Der gesamte Ablauf soll jedenfalls in komplizierten Fällen durch einen Gesamtplan gesteuert werden, der vom zuständigen Träger schon zu Beginn des Verfahrens aufzustellen ist. Er gibt dem Behinderten zwar keine Ansprüche, gewährt ihm aber bei rechtzeitiger und vollständiger Ausarbeitung eine Über-

---

444) Dazu Preuß, Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, OKK 74, 799 (804); Jung, Preuß, a.a.O., S. 139-141.
445) Zur Regelung der Vorleistungspflicht Kugler, a.a.O., S. 18-20; BT-Drs. VII/1237 S. 56; BT-Drs., VII/2256 S. 6.
446) Eine enge Zusammenarbeit fordert § 5 I, den Grundsatz einheitlicher Trägerschaft normiert § 5 II des Gesetzes, dazu Jung, Preuß, a.a.O., S. 146.
447) So die Begründung des Regierungsentwurfs BT-Drs. VII/1237 S. 55.

sicht über die ihn erwartenden Anforderungen. Für den Reha-Träger sichert er den nahtlosen Verlauf des Verfahrens, was natürlich eine Anpassung an veränderte Umstände keineswegs ausschließt[448].

dd) Auswirkungen des Reha-Angleichungsgesetzes auf die einzelnen Träger

aaa) Reha-Angleichungsgesetz und Krankenversicherung

Die bedeutsamsten Auswirkungen hat das Gesetz auf die gesetzliche Krankenversicherung, die erstmals offiziell in den Kreis der Reha-Träger aufgenommen wurde[449]. Da dieser Zweig der Sozialversicherung etwa 90 % der Bevölkerung erfaßt, wird ihr gleichzeitig eine Schlüsselposition für die umfassende Beratung der Bürger sowie eine rechtzeitige Einleitung des Verfahrens eingeräumt[450].

Ihr Leistungsfächer wird von den oben noch festgestellten Einschränkungen für Behinderte befreit und ist nunmehr dem der übrigen Träger gleichwertig[451]. Reha stellt insoweit keine neue Leistung der Krankenversicherung dar. Sie wird durch einen Ausbau der Krankenhilfe sichergestellt, der neben der Ausweitung auf einige speziell rehabilitativ bedeutsame Hilfen eine neue Zielrichtung zukommt. Nicht mehr die Abwehr akuter Gefährdungen allein, sondern auch die Behandlung von Dauerfolgen erwachsen den Krankenkassen als zentrale Aufgabe und erfordern eine Betreuung unter der Zwecksetzung, den Behinderten umfassend in die Gesellschaft

---

448) Die Normierung des Gesamtkomplexes findet sich in § 5 II des Gesetzes; Näheres zum Institut des Gesamtplanes bei Preuß, OKK 74, 799 (801); ders., BABl 75, 330 (335); Wekel, Vertragsrechtliche Auswirkungen des Rehabilitationsangleichungsgesetzes, OKK 74, 852; Jung, Preuß, a.a.O., S. 146-147.

449) § 2 I Nr. 1 Reha-Angleichungsgesetz; zu den Motiven der Krankenversicherung bei Übernahme dieser Aufgabe Wenig, a.a.O., S. 41.

450) Wekel, a.a.O., S. 853-854; Jung, Preuß, a.a.O., S. 10-11; Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. VII/2256 S. 6-7.

451) Kastner, Rehabilitation - Die neue Aufgabe der Krankenversicherung, OKK 74, 785 (787); Stroebel, Die Krankenkassen als neuer Rehabilitationsträger, BKK 74, 84 (86); Picard, Die Änderungen des Leistungsrechts der Krankenversicherung durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz, OKK 74, 842.

zu integrieren[452].

Zur Erfüllung dieser Aufgabe soll das neu eingeführte Unfallheilverfahren beitragen, das dem Durchgangsarztverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung nachgebildet ist und eine gleichwertige Betreuung schwer Verletzter künftig auch in der Krankenversicherung gewährleisten soll[453].

Die Krankenversicherung trägt schließlich maßgeblich zur Erfüllung des Postulats bei, bisher nicht von der Sozialversicherung rehabilitierte Personenkreise in dieselbe einzubeziehen. Von dieser Entwicklung sind insbesondere behinderte Kinder, Hausfrauen und alte Menschen begünstigt, denen bisher nur der Weg zur Sozialhilfe blieb, soweit die Krankenkasse mit ihrem noch begrenzten Maßnahmekatalog nicht zufriedenstellend helfen konnte und die Eigenmittel nicht ausreichten[454].

---

452) Zur Integration der Reha in die Krankenhilfe Fischwasser, Die Krankenkassen als neuer Rehabilitationsträger, BKK 74, 84 (86); Picard, Die Änderungen des Leistungsrechts der Krankenversicherung durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz OKK 74, 842 ff; Wenig, a.a.O., S. 44; Kastner, a.a.O., S. 785.

453) Das Unfallheilverfahren der Krankenversicherung wird eingehend behandelt von Töns, Das Unfallheilverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung, OKK 74, 829-841; Heidrich, Unfallheilverfahren in der kassenärztlichen Versorgung, BKK 74, 305-307; Hess, Das Unfallheilverfahren in der kassenärztlichen Versorgung, KV 75, 1-7.

454) Zu den Reha-Möglichkeiten und der Reha-Bedürftigkeit der Hausfrau vor dem Reha-Angleichungsgesetz Schürer, Möglichkeiten der Rehabilitation der nicht erwerbstätigen Frau, BABl 68, 277-282; zur aktuellen Förderung der Hausfrau und Mutter Halhuber, Aufgaben und Möglichkeiten des Müttergenesungswerkes aus ärztlicher Sicht, OKK 75, 920-923; Heuser, Rehabilitation für die Hausfrauen und Mütter? OKK 75, 917-920; zum Personenkreis der Kinder, Jugendlichen und alten Menschen Schmidt, Von der Krankenkasse zum Zentrum sozialer Hilfe - gewerkschaftliche Vorstellungen zur Integration der Rehabilitation in die soziale Krankenversicherung, KV 74, 229-234; Konstanty, Schmidt, Probleme der Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, Soziale Sicherheit, 74, 353; Kastner, a.a.O., S. 789.

Noch stärker als die Einführung der Früherkennungsmaßnahmen wird eine optimale Erfüllung des im Reha-Angleichungsgesetz angesprochenen Zieles einer gelungenen Eingliederung in die Gesellschaft die Tätigkeit der Krankenkassen revolutionieren. Nur eine intensivere Kontaktpflege mit dem Versicherten, eine Entwicklung vom reagierenden Verwalten der Krankheit zur Entfaltung größerer Eigeninitiative wird dieser Aufgabe gerecht werden[455].

bbb) Reha-Angleichungsgesetz und Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben sich für den Bereich medizinischer und beruflicher Reha kaum Neuerungen materieller Natur[456]. Der neue § 1237 b RVO übernahm mit den von § 12 Reha-Angleichungsgesetz zusammengestellten ergänzenden Leistungen Hilfen in den Katalog der Rentenversicherung, die diese bisher nur teilweise erbracht hatte.

Von großer Bedeutung ist hier, wie in den übrigen Zweigen, die Neukonzeption des Übergangsgeldes[457]. Die von § 1305 RVO zugelassenen zusätzlichen Leistungen wurden nicht gestrichen, treten jedoch hinter die Hilfemöglichkeiten anderer Träger zurück[458].

---

455) Sagon, Rehabilitation und Praxis, OKK 74, 870 (871, 875); Siebeck, a.a.O., S. 828; Konstanty, Schmidt, Das Leistungsrecht, Soziale Sicherheit 75, 6 ff, 34 (35); Barttlinger, Die Förderung der Reha durch die Krankenkassen, BKK 72, 321 (322); Kruse, Betreuungs- und Beratungsdienst soll Lücken schließen in der Gesundheitssicherung, ZSR 75, 346-353.

456) Tiedt, Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation - Teil II, DRV 74, 165 (168).

457) Tiedt, a.a.O., S. 299 ff.

458) Tiedt, a.a.O., S. 301; zum Übergangscharakter dieser Regelung auch Preuß, Die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, RV 74, 165 (168).

ccc) Reha-Angleichungsgesetz und Unfallversicherung

Dasselbe gilt für die besondere Unterstützung der Unfallversicherung, die sich trotz weitgehender Vereinheitlichungstendenzen behaupten konnte und in Einzelfällen weiterhin unbillige Härten vermeiden hilft[459]. Ansonsten gilt aber auch für die gesetzliche Unfallversicherung das für die Rentenversicherung bereits Gesagte, daß nämlich im medizinischen und beruflichen Bereich vorwiegend terminologische Korrekturen erfolgten, während die ergänzenden Leistungen auch materielle Änderungen erfuhren[460].

ddd) Reha-Angleichungsgesetz und Kriegsopferversorgung

Nachdem die Einbeziehung der Kriegsopferversorgung zunächst fraglich erschien, wurde sie schließlich im Hinblick auf die wachsende Zahl der Rehabilitanden infolge entsprechender Anwendung des BVG doch miterfaßt[461].

Während die Maßnahmen der Berufsfürsorge keine bedeutsame Änderung erfuhren, wurde das System von Heil- und Krankenbehandlung so umgestaltet, daß es mit den neu eingeführten Leistungen eine organische, auch rehabilitativ sehr wirksame Palette von Eingliederungshilfen bietet. Dabei wurde der betreute Personenkreis nicht unbedeutend erweitert[462].

---

459) Zur besonderen Unterstützung des § 563 RVO bereits auf S.107.

460) Das Verletztengeld der Unfallversicherung wurde in Form des neuen Übergangsgeldes völlig umgestaltet. § 539 a, b RVO formuliert erstmals die ergänzenden Leistungen der Unfallversicherung ausdrücklich. Dazu Dersch, u.a., RVO-Gesamtkommentar, § 557 Anm. 2; § 563 Anm. 3; § 567 Anm. 2, Kommentierung zu § 569 a, b.

461) Zu dieser Kontroverse Brockmann, Die soziale Sicherheit der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen im Rehabilitationsfall, Der Versorgungsbeamte 74, 98; Werba, Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, insbesondere seine Auswirkungen auf die Leistungen der Kriegsopferversorgung, Der Versorgungsbeamte 75, 1 (10-11).

462) Werba, a.a.O., S. 2-3; Brockmann, a.a.O., S. 99; Lange, Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation und seine Auswirkungen auf das Bundesversorgungsgesetz, Der Versorgungsbeamte 74, 135.

Im erheblich umgestalteten Bereich ergänzender Leistungen wird der Einkommensausgleich beziehungsweise der Unterhaltsbeitrag durch das vollkommen anders konzipierte Übergangsgeld ersetzt[463].

eee) Reha-Angleichungsgesetz und Arbeitsverwaltung

Die Stellung der Bundesanstalt für Arbeit wird durch das Gesetz erneut gestärkt, indem es die frühzeitige Einschaltung arbeitsamtlicher Fachdienste fordert und eine Abweichung vom Eingliederungsvorschlag des Arbeitsamtes erschwert[464].

Die zur Sicherstellung eines nahtlosen Reha-Verfahrens normierten Grundsätze der Reha wurden nicht ins AFG übernommen, fanden jedoch im ersten Teil der neuen A-Reha Eingang. Diese Satzung der Bundesanstalt erfüllt eine Mittlerrolle zwischen Reha-Angleichungsgesetz und AFG. Neben der Aktualisierung ihrer einleitenden Bestimmungen ändern sich die Förderungsbestimmungen individueller Reha kaum, während die im dritten Teil der Anordnung geregelte institutionelle Förderung teilweise bedeutsame Ausweitungen erfährt[465].

Die bedeutsamste und auch umfangreichste Änderung des AFG bildet die Einbeziehung des Übergangsgeldes in den Leistungskatalog der Arbeitsförderung - §§ 59 bis 59 e AFG[466].

---

463) Zur Neuregelung in §§ 16-16 f Werba, a.a.O., S. 5-8.
464) Vergleiche dazu § 5 IV, V Reha-Angleichungsgesetz.
465) Hoppe, Die Bundesanstalt für Arbeit als Rehabilitationsträger, Soziale Arbeit 76, 49-60; ders., Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme Behinderter nach dem Arbeitsförderungsgesetz, SV 75, 281-284 zu Änderungen in diesem Bereich.
466) Dazu Hoppe, Die berufsfördernden Rehabilitationsleistungen der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz, SV 75, 225 (226-228) und ders., Leistungsrecht des Arbeitsförderungsgesetzes durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz und die Steuerreform geändert, Zbl. f. Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung 75, 33 (34 ff).

ee) Reha-Angleichungsgesetz und Reha-System

Die Pionierfunktion des Reha-Angleichungsgesetzes liegt darin, daß es erstmals eine Leistungskoordination über mehrere Sozialleistungsbereiche hinweg vorsieht[467]. Damit wird keineswegs eine völlige Angleichung aller Reha-Maßnahmen bei den verschiedenen Trägern erreicht. Selbst das Übergangsgeld wird trotz einheitlicher Gewährung in Höhe von 80 % des Bruttogehaltes wegen der in Rentenversicherung, Kranken- und Unfallversicherung unterschiedlichen Bemessungsgrenzen in den höheren Einkommensgruppen weiter differieren[468]. Die Ausbildungszuschüsse zum Lebensunterhalt an behinderte Jugendliche werden vom Gesetz überhaupt nicht erfaßt, da sie mit dem als Lohnersatz fungierenden Übergangsgeld nicht vergleichbar sind. Denn diese Jugendlichen haben noch kein Einkommen, dessen Kontinuität sicherzustellen ist[469].

Wird bei den Leistungen selbst doch eine weitgehende Vereinheitlichung erreicht, so bleiben die dogmatischen Voraussetzungen der Leistungserbringung unangetastet[470]. Die unterschiedlichen Träger erbringen ihre Hilfen weiterhin nach dem Versicherungs-, dem Versorgungs- oder dem Fürsorgeprinzip. Trotz der Vorleistungspflicht auf medizinischem Gebiet stehen die Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung nach wie vor in deren Ermessen[471].

---

467) Hoppe, Die Bundesanstalt für Arbeit als Rehabilitationsträger nach dem Arbeitsförderungsgesetz, SV 75, 169; Jung, Preuß, a.a.O., S. 4; Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. VII/2256 S. 2.

468) Jung, Einbeziehung der Sozialhilfe in das Gesetz zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, NDV 75, 161 (162); Kugler, a.a.O., S. 30; Jung, Preuß, a.a.O., S. 185.

469) Die Nichteinbeziehung ins Übergangsgeld wird von § 2 I Nr. 2 des Gesetzes ausgesprochen; dazu Jung, Preuß, a.a.O., S. 127 ff.

470) Konstanty, Schmidt, Das Leistungsrecht im Reha-Angleichungsgesetz, Soziale Sicherheit 75, 6 (7); Giese, ZfdF 75, 241 (242); Jung, NDV 75, 161 ff.

471) Bedenken und Hinweise zur Einschränkung des Ermessens der Rentenversicherung vor allem im Rahmen ihrer Vorleistungspflicht aus § 6 II des Gesetzes äußern Jung, Preuß, a.a.O., S. 165 und Konstanty, Schmidt, a.a.O., S. 8.

Dabei kommt es zu oft zufälligen Zuständigkeitsabgrenzungen, da das Reha-Angleichungsgesetz beispielsweise die verschwommene Grenze zwischen den Bereichen von Krankenversicherung hier und Rentenversicherung bzw. Unfallversicherung dort nicht schärfer konturiert[472].

Schließlich werden ganze Bereiche der Reha vom Gesetz ausgespart. In erster Linie gilt das für die Sozialhilfe, deren Ziel einer umfassenden Eingliederung in die Gesellschaft mit der Zielsetzung des Reha-Angleichungsgesetzes nach verbreiteter Ansicht nicht voll koinzidiert. Letzteres spart gerade die sozialen Hilfen ohne Bezug zum Arbeitsleben aus[473]. Weitere entscheidende Hinderungsgründe für die Einbeziehung der Sozialhilfe waren die das Fürsorgerecht beherrschenden Grundsätze der Subsidiarität und des Nachrangs sowie die Bemessung der Geldleistungen nach dem Bedarfsprinzip[474].

Außer der Sozialhilfe wird das rehabilitativ nur ansatzweise ausgebildete Gebiet des öffentlichen Dienstes ausgeklammert. Für den Bereich institutioneller Reha sieht das Reha-Angleichungsgesetz keinerlei Normierungen vor, obwohl zumindest die Sicherstellung einer ausreichend qualifizierten und planmäßig verteilten Zahl von Reha-Einrichtungen mit dazuge-

---

472) Diese Zuständigkeitsnormen finden sich in §§ 565 II, 1239 RVO. Kritisch dazu Konstanty, Schmidt, a.a.O., S. 34; Vorschläge einer besseren Abgrenzung bei Kastner, OKK 74, 785 (788-789); nach Marburger, Die Auswirkungen des Rehabilitationsangleichungsgesetzes auf die Beziehungen zwischen den einzelnen Sozialleistungsträgern, Zbl. f. Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung 75, 65 (67-68) und Tiedt, a.a.O., S. 299-300 bleibt es bei der alten, oft zufälligen Zuordnung.

473) Jung, Preuß, a.a.O., S. 126.

474) Zu den übrigen Bestimmungen und Hemmnissen Werba, a.a.O., S. 2; Preuß, BABl 75, 330 (331); Wenig, a.a.O., S. 42; auf finanzielle Gründe verweist Ortlepp, Brauchen wir ein Rehabilitations-Angleichungsgesetz? AuSPol 72, 388 (389); die Einbeziehung zumindest der Sachleistungen fordern Wallerath, Harmonisierung der Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, ZSR 71, 577 ff, 648 (650) und Glombig, Das Sozialstaatsgebot und die Behinderten, BABl 74, 281 (284).

hörigem Fachpersonal nach einer solchen Regelung verlangt[475].

Diese Betrachtungen qualifizieren das Reha-Angleichungsgesetz nicht zu einem Endpunkt bisheriger Reha-Gesetzgebung. Es stellt nur ein - wenn auch sehr bedeutsames - Glied in der Kette bisheriger Reha-Kodifikationen dar und muß Auftakt für neue Entwicklungen sein[476].

Neben der Bewältigung der durch das Gesetz noch offen gelassenen Probleme gilt es insbesondere seine Vorstellungen auch in die Praxis umzusetzen. Dies betrifft zum einen die Sicherstellung eines nahtlosen Reha-Prozesses im Einzelfall sowie die gleichwertige Versorgung jedes Behinderten in der Behandlung seines Leidens. Daß noch große Schwierigkeiten in der Überwindung dieser Probleme bestehen und die bisher, über ein Jahr nach Erlaß des Gesetzes täglich geübte Reha-Arbeit den dort formulierten Anforderungen noch immer nicht gerecht wird, darf nicht verschwiegen werden[477].

6) Resümee zur Rehabilitation

a) Die Leistungen zur Eingliederung Behinderter

Im Bereich von Sozialversicherung und Versorgung wurde die Leistungspalette infolge der neueren Reha-Gesetzgebung nur unwesentlich erweitert. Sieht man einmal von der Kranken-

---

475) Die Tatsache, daß der Gesetzgeber diese Probleme erkannt hat, wird aus der in § 2 II Reha-Angleichungsgesetz getroffenen Regelung und aus dem Entschließungsantrag zum Entwurf des Gesetzes - BT-Drs. VII/1237 deutlich. Erstere verpflichtet die Bundesregierung bis Ende 1975 über die Möglichkeit der Einbeziehung der Sozialhilfe zu berichten, der Entschließungsantrag fordert einen Bericht über die institutionellen Probleme der Reha, die Einbeziehung des öffentlichen Dienstes sowie über erste Erfahrungen mit dem Reha-Angleichungsgesetz.

476) So Jung, BABl 74, 141 (144).

477) Ein erstes Resümee zieht nach einem Jahr Reha-Angleichungsgesetz Preuß, Rehabilitations-Angleichungsgesetz - Eine erste Bilanz, BABl 75, 330-334.

versicherung ab, deren Leistungen das Reha-Angleichungsgesetz erheblich verbesserte[478], so wurden die Renten-, Arbeitslosen- und die Unfallversicherung sowie die Versorgung nach dem BVG nur in Randbereichen tangiert. Zu erinnern ist hier an die neu geordnete und teilweise verbesserte soziale Absicherung der Rehabilitanden während des Eingliederungsprozesses[479]. Die Zahl der Betreuten wurde für einzelne Träger erheblich erweitert. So erhöhte das Schülerunfallversicherungsgesetz die Zahl der von der Unfallversicherung erfaßten Personen um die Hälfte[480].

b) Das Eingliederungsverfahren

Aus dieser Analyse wird bereits deutlich, daß für Sozialversicherung und Versorgung die zentrale Problematik weniger im Inhalt der Leistungsansprüche, als vielmehr im zügigen und nahtlosen Verlauf des Einzelverfahrens zu suchen ist.

An dieser Stelle setzte das Reha-Angleichungsgesetz an, dem es neben einer Angleichung der Reha-Leistungen maßgeblich um eine Behebung bisheriger Verfahrensmängel geht[481]. Es bedient sich dabei neben der gesetzlichen Regelung der Möglichkeit, die Reha-Träger zum Erlaß von Gesamtvereinbarungen aufzufordern. Werden diese Absprachen von den Betroffenen nicht in angemessener Zeit und ausreichend präzise erlassen, so kann die Bundesregierung die Materie mittels Rechtsverordnung selbst regeln[482]. Bisher sind die angesprochenen Träger noch zu keinen abschließenden Ergeb-

---

478) Vergleiche S. 127-129.
479) Vergleiche S. 123-124.
480) Vergleiche S. 95 . Dagegen gliedert das Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter nur etwa 50.000 Behinderte in den Schutzbereich der Rentenversicherung ein und erlangt zahlenmäßig nicht annähernd die Bedeutung des Schülerunfallversicherungsgesetzes - dazu S. 95.
481) Vergleiche S. 123.
482) Zu den vom Gesetzgeber vorgesehenen Regelungsmechanismen äußert sich Preuß, Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, OKK 74, 799 (802-803); Jung, Neuregelungen in der Rehabilitation und Aspekte für die Zukunft, in: Sozialhilfe und Rehabilitation, S. 4 (12).

nissen gekommen. Die Bundesregierung erkennt die Problematik dieser Aufgabe, behält sich aber nachdrücklich vor, die Regelung an sich zu ziehen, wenn in angemessener Zeit nach Erlaß des Reha-Angleichungsgesetzes keine Resultate vorliegen[483].

Daraus läßt sich ersehen, daß nach Erlaß einer Reihe von Gesetzen nun deren Realisierung in der Praxis vorrangig voranzutreiben ist[484]. Teilweise muß die Koordinierung der Leistungen erst noch zwischen den einzelnen Trägern abgestimmt werden, zum Teil müssen die Verfahrensgrundsätze des Reha-Angleichungsgesetzes spezifiziert und damit für die Verwaltung praktikabel gemacht werden. Es handelt sich zwar nur um periphere Neuerungen, die das System insgesamt nicht tangieren, die jedoch wegen der Vielschichtigkeit der Reha-Materie eine gewisse Anlaufzeit benötigen, bis sie in die Praxis durchschlagen.

c) Die Funktion der Sozialhilfe nach Erlaß der neueren Reha-Gesetze

Anders als die bisher behandelten Zweige bezog das Reha-Angleichungsgesetz die Sozialhilfe nicht ein, besaß aber trotzdem bedeutsame Auswirkungen auf diesen Bereich. Nachdem das AFG die Aufgaben der beruflichen Eingliederungen dem BSHG weitgehend abgenommen hatte, setzte das Reha-Angleichungsgesetz diese Entwicklung für die medizinische Reha fort. Indem es die Krankenkassen zu Reha-Trägern erklärte und ihren Leistungskatalog entsprechend erweiterte, verblieben der Sozialhilfe auch auf diesem Sektor nur Randfunktionen[485].

---

483) Preuß, Rehabilitations-Angleichungsgesetz - Eine erste Bilanz, BABl 75, 330 (331).

484) Dörrie, Neuregelungen in der Rehabilitation und Aspekte für die Zukunft, in: Sozialhilfe und Rehabilitation, S. 23 (33).

485) Giese, Entwicklungstendenzen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz im Hinblick auf das Reha-Angleichungsgesetz, ZfdF 75, 241 (244), der allerdings von einer finanziell nur unbedeutsamen Entlastung der Sozialhilfe durch diese Maßnahmen ausgeht.

Insbesondere nicht erwerbstätige Kinder, Jugendliche und Hausfrauen sowie alte Menschen dürfen jetzt hoffen, von der Krankenversicherung medizinisch rehabilitiert zu werden und nicht mehr der Sozialhilfe zur Last zu fallen.

Eine weitere, wenn auch erst in einigen Jahrzehnten spürbare Entlastung wird das Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter für die Sozialhilfe bringen. Die in Regiebetrieben und in Werkstätten für Behinderte Beschäftigten werden sich eine eigene Altersversorgung aufbauen und damit nicht mehr der Sozialhilfeleistungen bedürfen. Sie werden zu Rentenempfängern, wenn sie aus dem Arbeitsleben ausscheiden.

Infolge dieser Umgruppierung wurde auch die Ende der sechziger Jahre aufgekommene Differenzierung entschärft, nach der die Gesamtbevölkerung sich aus einem "Behindertenadel", dem 49 % der Bürger angehörten, und einem "Behindertenproletariat" zusammensetzt, dem die restlichen 51 % zugerechnet wurden[486]. Während das "Behindertenproletariat" nur Reha-Ansprüche aus der Sozialhilfe herleiten kann, stehen dem "Behindertenadel" solche aus der Sozialversicherung zu. Der Anteil des "Behindertenadels" erfaßt heute nahezu die Gesamtbevölkerung,denn berufliche Eingliederungshilfen stehen über das AFG weitesten Kreisen zu und wohl ebensoviele Personen werden mittlerweile von der Krankenversicherung rehabilitiert. Nachdem das Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter die Krankenversicherung auch für Schwerbehinderte öffnete, kann man davon ausgehen, daß die Zahl von 89 % in der sozialen Krankenversicherung versicherter Bürger nochmals ansteigt[487].

---

486) Diese Terminologie verwendet der Spiegel, Behinderten-Report, Nr. 13 vom 22. März 1971, S. 46 (47-48); vgl. auch Glombig, Das Sozialstaatsgebot und die Behinderten, BABl 74, 281 (282); Klee, Behinderten-Report, S. 82-85; Die Zahlen stammen von Zöllner, Art und Umfang der Rehabilitationsmaßnahmen in der Bundesrepublik, BABl 69, 259 (260-261).

487) Vergleiche dazu S. 114.

Hinsichtlich beruflicher Reha schließt das AFG nur zahlenmäßig unbedeutende Gruppen aus, deren körperliche oder geistige Mängel eine Aufnahme ins Erwerbsleben nicht zulassen. Deren Betreuung überläßt es weiterhin der Sozialhilfe.

Daß die Aufspaltung der Gesamtbevölkerung in einen "Behindertenadel" und ein "Behindertenproletariat" mehr plakative Bedeutung besitzt, wird aus Folgendem deutlich:
Auch die ansonsten von der Sozialversicherung oder der Versorgung betreuten Personen können mitunter Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen, wenn ihre Eigenmittel nicht ausreichen. Denn diese Träger gewähren nur medizinische, berufliche und ergänzende Maßnahmen. Die als ergänzende Maßnahmen ausgestalteten "sonstigen Leistungen" des § 12 Nr. 7 Reha-Angleichungsgesetz werden heute nur erbracht, soweit sie einen unmittelbaren Bezug zu medizinischen oder beruflichen Hilfen besitzen.

Die Gewährung sozialer, allein gemeinschaftsbezogener und vom Arbeitsleben losgelöster Maßnahmen sehen weder die einzelnen Rechtsgrundlagen vor, noch sind sie vom Reha-Angleichungsgesetz, jedenfalls nach autorisierter Interpretation[488], vorgesehen.

Damit gehört, um im oben gebrauchten Klischee zu verhaften, quasie jeder noch ein bischen zum "Behindertenproletariat", obwohl mit Sicherheit über 90 % der Bevölkerung mittlerweile in die Sphäre des "Behindertenadels" aufgestiegen sind, was medizinische, berufliche und teilweise auch ergänzende Maßnahmen angeht[489].

---

488) So jedenfalls Jung, Preuß, a.a.O., S. 120, 121, 218, die sich dabei auf den Willen des Gesetzgebers berufen.

489) Daß diese Aufwertung nicht unbedingt Verbesserungen in der Praxis bewirkt, soll hier nur angedeutet werden. Dort gibt es weiterhin unterprivilegierte Behindertengruppen, beispielsweise die psychisch Kranken. Zu deren oft katastrophaler Versorgung neuerdings der Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, BT-Drs., VII/4200-4201.

Das heißt indessen nicht, daß die Sozialhilfe damit all ihrer Funktionen entkleidet und als Reha-Träger überflüssig wäre. Sie besitzt - wenn auch überwiegend in Randbereichen - nach wie vor ihre Aufgabe als Lückenbüßerin und Garantin im Gefüge der Reha. Zu ihren Aufgaben gehören heute noch insbesondere[490]

- Heilpädagogische und andere Hilfen im vorschulischen und schulischen Bereich, soweit diese Aufgabe nicht durch die Schulgesetze der Länder oder bei Unfällen vom Schülerunfallversicherungsgesetz geregelt sind.

- Hilfen für die in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigten Behinderten, wenn sie die Voraussetzungen für eine Förderung nach dem AFG nicht erfüllen. Berufliche Maßnahmen können zudem für Selbständige und Beamte in Frage kommen, die dem AFG nicht unterliegen.

- Medizinische Leistungen für privat Krankenversicherte. Die privaten Krankenversicherungen decken die Gesamtpalette medizinischer Maßnahmen oft nicht ab oder bieten sie zu finanziell unerschwinglichen Bedingungen an.

- Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung, schwerpunktmäßig zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, soweit diese Leistungen wegen eines unmittelbaren Zusammenhangs mit der medizinischen oder beruflichen Reha nicht übernommen werden. Dazu gehören insbesondere Hilfen für nur praktisch bildbare Behinderte, denen auch eine berufsfördernde Maßnahme in Werkstätten für Behinderte unmöglich ist, Maßnahmen der Wohnungsfürsorge oder Hilfen zur Freizeitgestaltung und zur Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben.

Damit stellt sich das Gesamtgebäude der Reha nach wie vor nur unwesentlich verändert dar, entscheidende Neuerungen gegenüber der Rechtslage vor Einsetzen der neueren Reha-

---

490) Oel-Monat, Aufgabe der Sozialhilfe in der Rehabilitation, in: Sozialhilfe und Rehabilitation, S. 53 ff; Giese, a.a.O., S. 243.

Gesetzgebung sind nicht eingetreten. Die Zweige der Sozialversicherung erbringen noch immer medizinische, berufliche und ergänzende Leistungen. Sonstige Hilfen werden nur gewährt, wenn ein unmittelbarer Bezug zu medizinischen oder beruflichen Maßnahmen besteht. Weitergehende Ansätze finden wir in der Kriegsopferversorgung, die soziale Hilfen in stärkerem Umfang vorsieht, sowie in begrenztem Umfang in der Unfallversicherung. Die Sozialhilfe behält ihre Funktion als Basissicherung, wenn sie auch zunehmend Aufgaben an andere Träger abgibt.

d) Aufgaben für die Zukunft

In diesem Abschnitt soll nun untersucht werden, welche Verschiebungen im Leistungskatalog wünschenswert und vor allem auch finanziell vertretbar erscheinen. Dabei kann es in der heutigen Situation aller Reha-Träger nicht Aufgabe sein , revolutionäre, vom Kostenfaktor abstrahierende Modelle zu entwickeln. Die folgenden Ausführungen werden vielmehr an der geschilderten Ausgangslage anknüpfen, um zu realisierbaren, das heißt auch finanziell vertretbaren Lösungen zu gelangen. Soweit darüberhinausgehende Zukunftsperspektiven angesprochen werden, sollen diese von den heute praktikablen Vorschlägen deutlich abgegrenzt werden.

aa) Verbesserungen für von der Sozialversicherung und Versorgung betreute Behinderte

Für die Reha in Sozialversicherung und Versorgung liegen die aktuellen Probleme - wie schon angedeutet - weniger im Leistungsumfang als in der Gewährung eines nahtlosen Verfahrens, in das die heute gesetzlich möglichen Hilfen vollständig eingehen.

Trotz der weitgehenden Abrundung besteht noch eine schwache Stelle: die von §§ 12 Nr. 7, 20 Reha-Angleichungsgesetz für alle Träger normierten sonstigen Leistungen. Der Umfang dieser Hilfen ist gesetzlich nicht scharf umrissen. Er wird indessen von autorisierter Stelle unter Berufung auf

den Willen des Gesetzgebers restriktiv interpretiert[491], obwohl - wie noch zu zeigen sein wird - das Reha-Angleichungsgesetz durchaus andere Interpretationsmöglichkeiten bietet.

Jung-Preuß beschränken diese Hilfen jedenfalls auf Maßnahmen, die einen unmittelbaren Bezug zu beruflichen oder medizinischen Leistungen aufweisen. Sie berufen sich insbesondere auf die weitergehende Zielrichtung der sozialhilferechtlichen Reha, die allein solche, nur gemeinschaftsbezogenen Ansprüche zulasse. Außerdem sei die finanzielle Belastung unabschätzbar, wenn die Versicherungsträger diese Hilfe ohne Prüfung der individuellen Bedürftigkeit erbringen. Die Sozialhilfe werde überflüssig, argumentieren sie[492].

Diese Auffassung läßt sich jedoch weder auf den Text noch auf die Materialien des Gesetzes stützen, in denen diese Frage unbehandelt bleibt. § 1 Reha-Angleichungsgesetz sieht das Ziel der Reha vielmehr in der Eingliederung in Arbeit, Beruf und G e s e l l s c h a f t . Er spricht damit auf den ersten Blick gegen die restriktive Interpretation. Diese geht vielmehr von einer Eingliederung in Arbeit, Beruf und d a m i t i n d i e G e s e l l s c h a f t aus, betrachtet das letzte Teilziel nur als Ausfluß der beiden ersteren. Dieser Interpretation widerspricht zudem die Tatsache, daß die Einbeziehung der Sozialhilfe in das Reha-Angleichungsgesetz erfolgen soll, ohne daß die in seinem § 1 I ausgesprochene Zielsetzung geändert wird[493].

Auch das vom Reha-Angleichungsgesetz geforderte nahtlose Verfahren, angesprochen im Grundsatz einheitlicher Trägerschaft des § 5 II Reha-Angleichungsgesetz, spricht gegen

---

491) So Jung, Preuß, a.a.O., S. 120, 121, 218; Diese Interpretation findet sich nicht bei Kugler, Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, S. 28, 37.

492) Jung, Preuß, a.a.O.

493) So die Nr. 1 der von der Bundesregierung vorgeschlagenen Änderungen zum Reha-Angleichungsgesetz in BT-Drs. VII/4535, Bericht der Bundesregierung nach § 2 III Reha-Angleichungsgesetz, S. 23; Eine übereinstimmende Zielsetzung bejahen Giese, a.a.O., S. 242 und die in BT-Drs. VII/4535 genannten Berichte.

die von Jung-Preuß gewählte Auslegung. Eine extensive Bestimmung der Zuständigkeiten vermag dieses Postulat eher zu erfüllen, als eine Beschränkung, die das ergänzende Eingreifen anderer Träger erfordert. Damit wäre grundsätzlich erwiesen, daß die Beschränkungen der sonstigen Leistungen auf Hilfen, die im unmittelbaren Zusammenhang zu beruflichen oder medizinischen Maßnahmen stehen, jedenfalls vom Gesetz nicht gefordert wird.

Auch das Argument, die Sozialhilfe werde überflüssig, vermag nicht zu überzeugen. Diesem Sozialleistungsträger obliegt bisher die Versorgung zweier Personenkreise mit sozialen Reha-Leistungen. Für die einen erbringt sie diese Hilfen mit Anschlußfunktion, soweit sie vom eigentlichen Träger nicht gewährt werden; den zweiten Kreis bilden die Personen, deren Eingliederung insgesamt von der Sozialhilfe wahrgenommen wird. Würde man nun die Gewährung sozialer Hilfen für die Bereiche der Sozialversicherung und Versorgung nach dem oben angegebenen Schema erweitern, dürfte die erste Gruppe für die Sozialhilfe obsolet werden. Die Betreuung der übrigen Rehabilitanden, die auch nicht von Sozialversicherung oder Versorgung erfaßt werden, würde der Sozialhilfe verbleiben.

Von entscheidender Bedeutung sind hier - wie überall - die finanziellen Auswirkungen einer solchen Umverteilung. Eine Stellungnahme zu dieser Problematik muß indes ausreichend differenzieren.

Unfallversicherung und Kriegsopferfürsorge erbringen bereits soziale Hilfen, deren Bedeutung für die Gesamtausgaben der Träger zwar nicht exakt bekannt ist, aber insgesamt nur von untergeordneter Bedeutung sein dürfte. Für diese Zweige wird mit der Neuordnung nichts prinzipiell Unbekanntes verbunden sein. Auch die Kostenbelastung erscheint absehbar, wenn man die sonstigen Leistungen der §§ 12 Nr. 7, 20 Reha-Angleichungsgesetz genügend präzisiert und eine Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen für größere Anschaffungen vorsieht. Dies wird unter anderem bei der Bezuschussung von Kraftfahrzeugen in beiden Bereichen längst praktiziert und hat sich bewährt.

Renten- und Arbeitslosenversicherung sind von ihrem Maßnahmekatalog her weniger auf die Gewährung sozialer Hilfen ausgerichtet. Aber auch insoweit dürfte die finanzielle Mehrbelastung tragbar sein, wenn man die oben dargestellten Möglichkeiten wahrnimmt. Außerdem sollte beachtet werden, daß die Sozialversicherungs- und auch die Versorgungsträger ihre Rehabilitanden in der Regel so weit wiederherstellen, daß sie voll ins Erwerbsleben zurückkehren und so in der Lage sind, ihr Leben aus eigener Kraft zu gestalten[494].

Als Problemkind dieser Umgruppierung sozialer Hilfen dürfte sich die Krankenversicherung erweisen. Nach Erlaß des Reha-Angleichungsgesetzes im Herbst 1974 wurde die Leistungspalette der Krankenversicherung entscheidend erweitert. Die Kostenfolgen dieser Neuerungen sind nicht voll abzusehen. Erinnert man sich indessen der Vehemenz, mit der die Spitzenverbänden der Krankenkassen die Einbeziehung der sozialen Krankenversicherung ins Reha-Angleichungsgesetz forderten[495], so erscheint das Zurückweichen in einem Teilaspekt wie dem bisher hier behandelten unverständlich. Für die Krankenversicherung müssen die Möglichkeiten der Kostenbegrenzung besonderes Gewicht erlangen. Die sonstigen Leistungen müssen genau bestimmt und auf Maßnahmen beschränkt werden, die für eine Reha unbedingt erforderlich sind. Eine Kostenbeteiligung des Rehabilitanden ist auch hier für aufwendige Maßnahmen grundsätzlich vorzusehen, wenn dies auch bisheriger Praxis der Krankenversicherung nicht immer entspricht. Neue Aufgaben erfordern neue Wege zu ihrer Bewältigung.

Von einem Eingriff in den Kernbereich des Versicherungsprinzips kann hier ebensowenig gesprochen werden wie bei den übrigen Sozialversicherungsträgern, die für Randbereiche eine

---

494) Mit dieser Argumentation lehnen die Sozialversicherungsträger eine Gewährung sozialer Reha-Maßnahmen für ihren Tätigkeitsbereich in aller Regel ab - dazu BT-Drs. VII/4535 S. 19.

495) Die Initiative der Ortskrankenkassen als deren Speerspitze beleuchten Kastner, Rehabilitation - Die neue Aufgabe der Krankenversicherung, OKK 74, 785 (786) und Töns, Die Aufgabe der deutschen Krankenversicherung in der Rehabilitation, OKK 72, 615 f.

solche Einkommensberücksichtigung längst praktizieren[496]. Damit dürfte die Erbringung sozialer Eingliederungshilfen in der Sozialversicherung und der Versorgung auch ohne unmittelbaren Zusammenhang mit Maßnahmen medizinischer oder beruflicher Reha möglich sein, ohne an praktischen[497], finanziellen oder dogmatischen Hindernissen scheitern zu müssen. Diese Umgruppierung knüpft an die im AFG begonnene, vom Schülerunfallversicherungsgesetz sowie vom Reha-Angleichungsgesetz fortgesetzte Tendenz an und ordnet Maßnahmen der Sozialhilfe den übrigen Sozialleistungsträgern zu.

Ein weiterer, wenn auch sehr detaillierter Schritt auf diesem Wege könnte im AFG unternommen werden. Der dort grundsätzlich auch Schwerstbehinderten gewährte Anspruch auf berufliche Reha wird durch unangemessen hohe Anforderungen an deren Verdienstmöglichkeiten praktisch wieder zurückgenommen[498]. Es soll hier nicht gefordert werden, daß das AFG seinen Charakter als berufsförderndes Gesetz aufgibt und auch bloße Betreuungsverhältnisse finanziert. Letztere verbleiben zunächst im Bereich der Sozialhilfe, was jedoch nicht ausschließen sollte, die Abgrenzungsmerkmale zwischen betreuenden und berufsbildenden Hilfen erneut zu überprüfen und behindertenfreundlicher zu gestalten[499].

---

496) Gewährt die Arbeitsverwaltung Jugendlichen ein Ausbildungsgeld, so wird das Einkommen der Eltern des Behinderten nur angerechnet, wenn eine Nichtanrechnung offenkundig ungerechtfertigt ist; dazu § 27 II A-Reha; auch Oel-Monat, Aufgabe der Sozialhilfe in der Rehabilitation; in: Sozialhilfe und Rehabilitation, S. 53 (62).

497) Auf die zwar vorhandenen aber sicher überwindlichen praktischen Schwierigkeiten wurde nicht eingegangen. Dazu u.a. die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände in BT-Drs. VII/4535 S. 15.

498) Dazu bereits auf S.20 der Arbeit. Zahlen nennt Wallerath, Die sozialrechtliche Stellung der in Werkstätten für Behinderte Beschäftigten; in: Werkstatt für Behinderte, S. 300 (348-349).

499) Dazu das im Ergebnis nicht unbedingt weiterführende Abgrenzungsmodell bei Wallerath, a.a.O., S. 532-533.

bb) Verbesserungen für von der Sozialhilfe betreute Behinderte

Während die bisherigen Ausführungen die von der Sozialversicherung und Versorgung Betreuten ansprechen, sollen nun Entwicklungen zugunsten der von der Sozialhilfe Rehabilitierten betrachtet werden.

Die Sozialhilfe gewährt heute Leistungen, die den Reha-Hilfen der übrigen Träger grundsätzlich gleichwertig sind, obwohl in der Praxis durch die oft unzureichende finanzielle Ausstattung der örtlichen Sozialhilfeträger Schwierigkeiten entstehen. Dem versucht man zu begegnen, indem für die kostspieligen Maßnahmen der finanzstärkere überörtliche Träger für zuständig erklärt wird[500].

Ein die finanziellen Nöte überragendes Problem liegt in der nach wie vor bestehenden diskriminierenden Wirkung, Sozialhilfeempfänger sein zu müssen. Viele Bürger empfinden eine Einkommens- und Vermögensprüfung als unerträglich und glauben, als minderwertig abgestempelt zu werden, wenn sie Sozialhilfe beanspruchen. Ihren Charakter als "Arme-Leute-Hilfe" ist die Sozialhilfe bis heute nicht losgeworden.

Angesichts dieser Situation erscheint es wünschenswert, die Reha-Leistungen der Sozialhilfe entweder völlig auf die übrigen Träger zu verteilen oder ein neues allgemeines Behindertenrecht zu schaffen, in dem die Sozialhilfe ihre Bedeutung für die Reha verliert. Angesichts des Leistungsumfanges der Sozialhilfe von 1,068 Milliarden DM für 1974 muß jedoch eine weitere Diskussion dieser Problematik an den Realitäten vorbeigehen. Der Reha-Bericht der Bundesregierung lehnt denn auch ein näheres Eingehen auf den CDU/CSU-Antrag zur Schaffung eines Leistungsgesetzes für Behinderte ab[501]. Sie sieht keine Möglichkeit, ohne umwälzende Ein-

---

500) Kritisch zu dieser Regelung in § 100 BSHG Vogt, Die Rechtsgrundlagen für die Rehabilitation der Behinderten, S. 93-94.

501) BT-Drs. VII/4535 S. 19.

griffe in das Gesamtgefüge der Reha diese Kosten zu verteilen, die sich bei Erbringung der Leistungen ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen zudem weiter erhöhen würden.

Zur Fortentwicklung dieses Teilbereiches ist vielmehr an die im 2. und 3. Änderungsgesetz zum BSHG getroffenen Verbesserungen anzuknüpfen, die versorgungsrechtliche Aspekte der Sozialhilfe maßgeblich entwickelt haben[502].

Die allgemein befürwortete Einbeziehung der Sozialhilfe in das Reha-Angleichungsgesetz wird keine Fortschritte in dieser Richtung bringen. Die Sozialhilfe wird in ihrem Leistungskatalog nur angeglichen. An die Gewährung eines Übergangsgeldes oder an eine Sozialversicherung der Rehabilitanden während der beruflichen oder medizinischen Reha-Maßnahmen der Sozialhilfe wird nicht gedacht[503]. Bedeutsame Auswirkungen wird die Einbeziehung lediglich für den Verfahrenssektor bringen. Hier werden endlich auch die vornehmlich von der Sozialhilfe gewährten sozialen Maßnahmen bei Erstellung des Gesamtplanes miteinbezogen[504], und der Sozialhilfe für diesen Bereich eine Vorleistungspflicht auferlegt. Damit wird das Reha-Verfahren einer umfassenden und nahtlosen Planung nähergebracht. Von der frühzeitigen Einleitung über eine zügige Durchführung bis zur notwendigen Nachsorge kann dann mit optimalen Erfolgsaussichten und somit besonders kostensparend rehabilitiert werden[505].

---

502) Vgl. dazu S. 106-107.
503) Davon geht jedenfalls die Bundesregierung in Übereinstimmung mit den Stellungnahmen zahlreicher Sozialleistungsträger aus - vgl. BT-Drs. VII/4535 S. 20, 21.
504) Zu den Fortschritten der Einbeziehung für den Verfahrenssektor, BT-Drs., VII/4535 S. 21-22.
505) Der Gesichtspunkt der Kostenersparnis u.a. durch Effektivierung des Verfahrens steht im Mittelpunkt der wohl umfassendsten und aktuellsten Studie zum Ausbau des Reha-Systems in der Bundesrepublik: Stiftung Rehabilitation Heidelberg, Rehabilitation muß weiterentwickelt werden, S. 7-12.

Die Stärkung des versorgungsrechtlichen Aspekts der Reha kann auf zwei Wegen erfolgen: einmal durch Anhebung der Schongrenzen für Einkommen und Vermögen im BSHG. Diesen Weg ist die 3. Novelle zum BSHG gegangen. Man kann aber auch Gesetze schaffen, die Reha-Leistungen außerhalb des BSHG gewähren und Leistungen ohne jede Bedürftigkeitsprüfung vorsehen.

Als Beispiel für die zweite Alternative können die in den meisten Ländern geschaffenen Landesblindengesetze gelten, deren Intention in der Gewährung der Blindenhilfe außerhalb des BSHG und unabhängig von Einkommen und Vermögen liegt. In Bremen, Berlin und Rheinland-Pfalz ging man über diese Ansätze hinaus, indem man sogenannte Landespflegegeldgesetze[506)] geschaffen hat. Durch diese Maßnahme wird Pflegegeld für Schwerstbehinderte[507)] ohne eine Bedürftigkeitsprüfung gewährt. Die Höhe dieser Unterstützung entspricht dem Blindengeld des BSHG und ist gleichfalls dynamisiert[508)]. Mit dieser Geldleistung können die Schwerstbehinderten Mehraufwendungen abdecken, die ihnen im Vergleich zu nicht behinderten Mitbürgern entstehen. Mit dieser Regelung wird das Pflegegeld nun aufgrund der Pflegebedürftigkeit und nicht mehr wegen der Zugehörigkeit des Behinderten zu einer bestimmten Gruppe gewährt[509)]. Es soll ihnen ermöglichen, die Pflegebereitschaft der Angehörigen zu wecken oder aufrechtzuerhalten, damit sie in vertrauter Umgebung verbleiben und dort ein menschenwürdiges Leben in einem geschützten Lebensraum führen können[510)].

---

506) Vgl. z.B. das Landesgesetz über die Leistungen von Pflegegeld an Schwerbehinderte (Landespflegegeldgesetz - LPflGG) vom 31. Oktober 1974, GVBl - Rheinland-Pfalz S. 466.

507) Die Schwerbehinderten in diesem Sinne umgrenzt die Verordnung zur Durchführung des § 24 II BSHG vom 28.6.1974 (BGBl. I S. 1365). § 1 dieser Verordnung nennt u.a. Ohnhänder, Personen mit Verlust dreier Gliedmaßen, Hirnbeschädigte mit schweren körperlichen und geistigen oder seelischen Behinderungen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen.

508) Vgl. beispielsweise § 3 I Landespflegegeldgesetz Rheinland-Pfalz.

509) Landtags-Drucksache Rheinland-Pfalz VII/2727, Entwurf eines Landespflegegeldgesetzes S. 1; Landtags-Drucksache VII/2727 S. 9; dazu auch Staatsminister Geissler in der 1. Beratung des Landespflegegeldgesetzes, Sten.Ber.über die 55. Sitzung des Landtags in Rheinland-Pfalz vom 30. April 1974, S. 2391.

510) Landtags-Drucksache VII/2727 S. 9.

Als nächster Schritt wäre zu fordern, diese Regelung auf die übrigen Bundesländer auszudehnen, wo bisher nur die Blinden solche Unterstützung genießen[511]. Deren Privilegierung gegenüber ähnlich schwer behinderten Menschen sollte jedoch überwunden werden. Alleiniges Kriterium für die Gewährung eines Pflegegeldes muß die Pflegebedürftigkeit des Behinderten sein.

Dem dürften auch keine finanziell unübersehbaren Hindernisse entgegenstehen. Berücksichtigt man, daß durch Schaffung des Landespflegegeldgesetzes in Rheinland-Pfalz nur 1,2 Millionen DM Mehraufwendungen entstanden[512], so werden auch die übrigen Länder Kostensteigerungen in dieser Höhe bewältigen können. Ein Teil der zusätzlichen Mittel wurde ohnehin bereits durch die 3. Novelle zum BSHG aufgefangen, die auch für die Gewährung des erhöhten Pflegegeldes - wie für die Blindenhilfe - den höchsten Grundbetrag bei der Einkommens- und Vermögensanrechnung zugrundelegt[513]. Damit ist eine pauschale Abgeltung der Mehraufwendungen Schwerstbehinderter bundesweit erreicht.

Eine Weiterentwicklung der Versorgung Behinderter, die in der Regel beruflich nicht mehr integrierbar sind, sollte an dieser Stelle einsetzen. Von der eben besprochenen Regelung sind nur die wirklich schwersten Fälle betroffen[514]. Weniger gravierende Behinderungen, die eine Teilnahme am Arbeitsleben gleichfalls nicht gestatten, führen zu keinem Anspruch aus diesen Gesetzen. Diese Personen können ihre Mehraufwendungen nur aus dem BSHG abdecken, soweit die Bedarfsgemeinschaft nicht zu deren Abdeckung in der Lage ist.

---

511) So auch Gottwald, Gedanken zu einem Bundesgesetz über ein Pflegegeld für Blinde und hochgradig Behinderte, NDV 71, 314-325.
512) Dazu Landtags-Drucksache VII/2727 S. 1.
513) Zu den Verbesserungen in diesem Bereich zusammenfassend der Bericht der Bundesregierung über die gesetzlichen Initiativen zur Verbesserung der Leistungen an Behinderte und die Errichtung von Rehabilitationsstätten, BT-Drs. VII/4535 S. 5-6.
514) Vgl. die Aufzählung des von § 24 II BSHG betroffenen Personenkreises in Fußnote 507.

Die Landespflegegeldgesetze sollten daher schrittweise erweitert werden und auch diese Behinderten miteinbeziehen. Entscheidendes Kriterium sollte nicht mehr die Pflegebedürftigkeit, sondern eine gesteigerte Hilfebedürftigkeit sein. Als Maßstab für die Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit sollte der Gesichtspunkt herangezogen werden, ob der Behinderte zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft in nicht unerheblichem Umfang der Hilfe eines Dritten bedarf[515].

Dabei müßten die Beiträge nach dem Grad der Hilfsbedürftigkeit gestaffelt werden, wie dies in den entsprechenden Regelungen des BSHG und des BVG bereits praktiziert wird[516].

Diese Geldleistung würde in erster Linie erwerbsunfähige Behinderte begünstigen. Soweit ein Rehabilitand wieder voll ins Arbeitsleben zurückkehrt, wird er nur ausnahmsweise so hilfebedürftig sein, daß seine Mehraufwendungen Ansprüche aus den erweiterten Pflegegeldgesetzen begründen. Seine Integration ins Berufsleben bietet ohnehin die beste Chance für eine eigenverantwortliche und selbständige Lebensführung.

Auch die Kostenbelastung der Maßnahme müßte zu bewältigen sein. Zur Vermeidung unabsehbarer Folgen könnte man eine schrittweise Ausdehnung des Gesetzes vornehmen, die immer größere Kreise der hilfebedürftigen Behinderten einbezieht. Mit Abschluß des Gesamtkomplexes wäre ein entscheidender Schritt getan, um den Betroffenen eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft wesentlich zu erleichtern. Man eröffnet ihnen so die Möglichkeit, manche Annehmlichkeiten zu genießen, die sie ansonsten nur unter finanzieller Mithilfe der Familie erwerben können.

---

515) Diesen Anknüpfungspunkt wählt auch Wallerath für ein von ihm gefordertes Behindertengeld in: Die sozialrechtliche Stellung der in Werkstätten für Behinderte Beschäftigten, in: Werkstatt für Behinderte, S. 300 (540-542).

516) Zur Regelung im BSHG findet sich ein guter Überblick im Bericht der Bundesregierung über die Durchführung des BSHG hinsichtlich der Hilfe zur häuslichen Pflege (69 BSHG), S. 4; für das BVG vergleiche die Regelung der Pflegezulage in § 35 BVG.

Es darf unterdessen nicht verkannt werden, daß damit nur die gegenüber einem Nichtbehinderten außergewöhnlichen Aufwendungen abgedeckt werden, die Bedarfsgemeinschaft für diesen Teilbereich keine Schlechterstellung mehr durch die Behinderung eines Familienmitgliedes zu erwarten hat.

Die Kostenbelastung zur Sicherstellung des allgemeinen Lebensunterhalts für den Behinderten ist dadurch noch nicht tangiert. Die Übernahme dieser Belastung kann nur durch Einführung eines allgemeinen "Behindertengeldes"[517] erreicht werden, das indessen weit höher liegen müßte als das durchschnittliche Pflegegeld, da es sämtliche Bedürfnisse des Behinderten befriedigen soll. Die von Wallerath empfohlene Leistung unter demselben Namen kann jedoch diesen Anforderungen nicht genügen. Sie soll generell niedriger als das Blindengeld sein und dürfte daher keineswegs zur Deckung aller Bedürfnisse ausreichen.

Manche Stimmen halten die Gewährung einer Behindertenrente für berechtigt und notwendig, um damit den Personenkreis mit einem stabilen Einkommenssurrogat zu sichern[518]. Die Sozialhilfe könne hier nur Hoffnung vermitteln, daß in Notfällen vorgesorgt werde. Eine planmäßige Versorgung für die Zukunft könne sie nicht aufbauen[519]. Auch Gesichtspunkte der Gleichbehandlung werden herangezogen, um eine solche Rente zu rechtfertigen. Wenn schon für die Rehabilitanden der Sozialversicherung und Versorgung ein großer Teil der Mittel aus staatlicher Quelle stamme, müßten die Sozialhilfeberechtigten ebenfalls in deren Genuß kommen[520].

---

517) Dazu Wallerath, a.a.O., S. 540-542.
518) Zacher, Individuelle und soziale Sicherung gegen die Notfälle des Lebens in der sozialen Marktwirtschaft, Zs.f.d.ges.Vers.Wiss 73, 135 (146-147).
519) Meurer, Wege zur Sozialversicherung für alle Behinderten, ZSR 75, 21-28.
520) Hering, Die verfassungsrechtliche Grundlage der Sozialhilfe und ihre Grenze, NDV 75, 148 (151).

Mit letzterem Argument läßt sich aber eine Berentung ebensogut ablehnen. Denn die aus dem BSHG gewährten Mittel sind, von der oft nur geringen oder völlig fehlenden Selbstbeteiligung abgesehen, allein staatlich finanziert.

Dem Einbau einer solchen Geldleistung in das System der Rentenversicherung stehen zwar dogmatische Bedenken entgegen[521]. Ihre Anbindung an die Mindestrente scheitert daran, daß diese zumindest langjährige Beitragsleistungen voraussetzt, die von den hier zu versorgenden Behinderten nicht geleistet werden. Diese Schwierigkeiten ließen sich jedoch überwinden, indem man ein Sondergesetz schafft. Darin würden wie im WohngeldG oder im KindergeldG[522] die durch die Behinderung entstehenden Mehraufwendungen mitsamt den allgemeinen Ausgaben zur Bestreitung des Lebensunterhalts geregelt[523].

Die Problematik einer Berentung aller arbeitsunfähigen Schwerbehinderten muß im Augenblick indes aus finanziellen Gründen als unlösbar erscheinen, da keine Stelle ersichtlich ist, die entsprechende Beitragszahlungen oder Kosten aufbringen kann. Der begünstigte Behinderte selbst kann sie jedenfalls weder erwirtschaften noch aus eigener Tasche bezahlen[524].

Eine entscheidende Schwierigkeit liegt zudem darin, die Versorgung der Behinderten so zu bemessen, daß ihr Wille zur Reha dadurch nicht beeinträchtigt wird. Der hier angesprochene Personenkreis wird normalerweise nicht ins allgemeine Erwerbsleben integrierbar sein. Eine Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte sollte aber für viele nicht ausgeschlossen werden. Man darf daher die Versorgung nicht so gestalten, daß die Bereitschaft zur Übernahme solcher Tätigkeiten schwindet, was man in manchen Ländern als Folge

---

521) Dazu Wallerath, a.a.O., S. 535 ff.
522) Parallelen zum Kindergeld werden bei Wallerath, a.a.O., S. 538 erwähnt, aber im Ergebnis abgelehnt.
523) Ähnlich argumentiert Gottwald, a.a.O., hinsichtlich eines Bundespflegegeldgesetzes.
524) Das muß auch für den Fall gelten, daß nur eine Zukunftssicherung für Behinderte im Rahmen der Rentenversicherung aufgebaut werden soll. Zu einem solchen Modell Meurer, Neuordnung notwendig, BABl. 75, 165 (167); dieselbe ‚Zur sozialen Sicherung der Behinderten in der BRD, ZSR 73, 65 (86).

einer frühzeitigen Berentung feststellen mußte[525].

Dieser Reha-Wille läßt sich durch das oben entwickelte Modell hinreichend sicherstellen. Die Mehraufwendungen des Behinderten werden durch die erweiterten Pflegegeldgesetze einkommensunabhängig übernommen. Für die Gewährleistung des allgemeinen Lebensunterhalts wäre er jedoch weiterhin entweder auf familiäre Unterstützung oder auf die streng bedarfsbezogene Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Man müßte die allgemein unzureichende Entlohnung in den Werkstätten für Behinderte verbessern und so neben dem ideellen Anreiz der sinnvollen Beschäftigung eine zusätzliche finanzielle Stimulans bieten[526]. Dem Behinderten eröffnet sich dann die Möglichkeit, auch den eigenen Lebensunterhalt zumindest teilweise aus eigener Kraft zu bestreiten. Zudem kann er sich als Mitarbeiter in einer Werkstatt für Behinderte nach dem neuen Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter eine eigene Altersversorgung aufbauen[527]. Damit wäre gewährleistet, daß bei entsprechendem Ausbau wirklich alle in dieser Institution betreuungsfähigen Behinderten integriert würden. Das hätte neben dem Mehr an Lebensfreude für die Betroffenen auch finanzielle Vorteile, da bei einer ganztägigen stationären Versorgung dieser Personen weitaus höhere Pflegesätze zu übernehmen wären[528].

Resümierend kann man damit zum Stand der Reha Mitte der siebziger Jahre sagen:

Die Wiedereingliederung des von der Sozialversicherung und Versorgung betreuten Personenkreises vermag vom Leistungsumfang her zu befriedigen. Hier gilt es, diesen Maßnahme-

---

525) Darauf weist Meurer, BABl. 75, 165 (168) hin.
526) Zu dieser für die Werkstätten für Behinderte zentralen Problematik Jung, Das Problem der "Werkstatt für Behinderte", NDV 75, 1(3); Stroebel, Gies, Die Werkstatt für Behinderte (beschützende Werkstatt), BABl. 69, 302 (305).
527) Dazu S. 111 ff.
528) Haaser, Zielkonflikt und Interessengegensätze in der Werkstatt für Behinderte, NDV 73, 122 (125), der Zahlen nennt, die die Kostenpraxis verdeutlichen.

katalog in Form eines nahtlosen und zügigen Verfahrens für den Einzelfall voll zu effektivieren.

Die Sozialhilfe verliert an Bedeutung im System der Reha. Besonders AFG und das Reha-Angleichungsgesetz haben der Sozialhilfe wesentliche Aufgabenbereiche abgenommen. Trotzdem wird sie ihre Funktion als Garantin im System der Reha vorerst erhalten. An die Einführung eines allgemeinen Behindertengesetzes ist aus finanziellen Erwägungen ebensowenig zu denken, wie an die Gewährung einer Behindertenrente.

Man sollte die in einzelnen Ländern bestehenden Landespflegegeldgesetze bundesweit vereinheitlichen und diesen Ansatz so ausbauen, daß man die Mehraufwendungen nicht nur pflege- sondern bereits verstärkt hilfebedürftiger Behinderter einkommensunabhängig abdeckt.

Die verbleibenden Kosten für den allgemeinen Lebensunterhalt sollten möglichst viele Schwerbehinderte in Werkstätten für Behinderte durch angemessene "Entlohnung" selbst bestreiten können.

Für die restlichen Pflegefälle sollte man der Bedarfsgemeinschaft durchaus zumuten, die Kosten für den allgemeinen Lebensunterhalt aufzubringen. Durch die Gewährung eines Pflegegeldes in angemessener Höhe kann ihre Initiative zur Pflege der Schwerstbehinderten erhalten werden, um dem Behinderten ein menschenwürdiges Leben in vertrauter Umgebung zu ermöglichen. Soweit es sich um alleinstehende Behinderte ohne ausreichendes Einkommen und Vermögen handelt, bleibt es Aufgabe der Sozialhilfe, die für ihre Betreuung und Pflege erforderlichen Kosten zu übernehmen.

D) Schluß

Trotz andauernder Verfeinerung der Reha-Mechanismen und der Eingliederungsbestimmungen bestehen - wie soeben festgestellt - nach wie vor Lücken, die mit den bisher vorhandenen einfachen gesetzlichen Regelungen nicht ausgefüllt werden können. Um wirklich zu einer Perfektionierung des Systems zu kommen, liegt es nahe zu fragen, ob nicht vielleicht das Grundgesetz die Möglichkeit bietet, bisherigen Versäumnissen abzuhelfen und über ein "Grundrecht auf Rehabilitation" auch die letzten Schwachstellen zu beseitigen.

Daß diese Perfektionierung eine persönliche Entfaltung garantierender Rechte auf Reha auch eine Schattenseite besitzt, wurde bisher nicht erörtert, obwohl dieser Aspekt unsere Aufmerksamkeit in gleichem Maß erfordert. Beansprucht der Bürger die ihm als Behindertem zustehenden Rechte, so liefert er sich dabei mitunter staatlichen Institutionen vollkommen aus und legt sein weiteres Schicksal in ihre Hände.

Dieses Spannungsverhältnis zwischen freiheitsschaffender Perfektionierung staatlicher Reha-Grundlagen einerseits, die mit erheblichen Einbußen an individueller Bewegungsfreiheit andererseits verbunden sein kann, soll Gegenstand der Schlußbetrachtung sein.

I) Rehabilitation und Grundgesetz

Kann das Grundgesetz ein "Grundrecht auf Reha" gewährleisten, das neben beziehungsweise über den in manchen Spezialgesetzen niedergelegten Ansprüchen für Behinderte anzusiedeln ist, wird man als zentrale Frage der Beziehung beider Bereiche formulieren müssen.

1) Rehabilitation und Menschenwürde

Art. 1 Abs. 1 GG bildet als elementare Grundentscheidung unserer Verfassungsordnung die Leitlinie allen staatlichen Handelns[529]. Insbesondere die von der Verfassungsrechtslehre

529) Maunz-Dürig-Herzog, Grundgesetz, Art. 1, Anm. 15.

entwickelten Prinzipien, daß kein Mensch zum Objekt staatlichen Handelns degradiert werden dürfe[530], sowie die Verpflichtung zu staatlichem Tätigwerden bei existenzbedrohender materieller Not[531] sind für den Kreis der Behinderten von großer Bedeutung. Dabei kann sich grundsätzlich nach übereinstimmender Verfassungsrechtslehre jeder Behinderte, auch wenn er schwere körperliche oder geistige Mängel hat, auf den Schutz der Grundrechte berufen[532].

Aus dem Menschenwürdepostulat fließen zudem spezielle Aussagen zu einzelnen Reha-Problemen. So verbietet Art. 1 I GG

---

530) Maunz-Dürig-Herzog, a.a.O., Anm. 28, 34; Zippelius, in Bonner Kommentar, Art. 1 Rdnr. 12; von Mangoldt-Klein, Das Bonner Grundgesetz, Art. 1, S. 149; Schmidt-Bleibtreu, Klein, Kommentar zum Grundgesetz für die BRD, S. 155; zur Auswirkung dieses Prinzips auf den Reha-Prozeß Scharmann, Die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten, in: Festschrift für Walter Bogs, S. 317 (331-332).

531) Zippelius, a.a.O., Anm. 17; Schwabe, Krankenversorgung und Verfassungsrecht, NJW 69, 2274 (2275); Hedemerten, in: Grundgesetz-Kommentar, hrsg. von von Münch, S. 60; Maunz-Dürig-Herzog, a.a.O., Anm. 43; von Nell-Breuning, Zur Zielproblematik von Sozialinvestitionen, in: Zur Problematik der Sozialinvestitionen, S. 57 (62).

532) Zippelius, a.a.O., Art. 1 Rdnr. 23; Maunz-Dürig-Herzog, a.a.O., Art. 1 Rdnr. 25; Bernhardt, Der behinderte Mensch und das Verfassungsrecht, NDV 67, 290 f. Nur von Mangoldt-Klein, a.a.O., S. 150 versuchen, zwar vom Menschen abstammende, aber zu keinem Erlebnis fähige "Monstren" aus diesem Kreis auszuschließen, denn die Würde des Menschen setze die Fähigkeit zum geistig-seelischen Erlebnis voraus. Da es medizinisch, psychologisch und pädagogisch indessen keineswegs erweisbar ist, ob und inwieweit auch solche Personen "erleben", erscheint diese Sicht verfehlt und entzieht dem mit Sicherheit vollkommen Hilflosen und besonders Schutzbedürftigen den unter Umständen lebenswichtigen Schutz unserer Verfassung. Für den Fall einer erneuten Euthanasie staatlicher Stellen könnten diese Personen nach der Ansicht von Mangoldt-Kleins dann nicht einmal von der Verfassungsbeschwerde Gebrauch machen.

eine Verabsolutierung der beruflichen Reha, die regelmäßig mit einer Diskriminierung der meist weniger gewinnträchtigen "nur" gesellschaftlichen Integration verbunden ist, denn der Menschenwürde eines jeden Behinderten entspricht das Recht auf eine seinen individuellen Fähigkeiten angepaßte optimale Entfaltung seiner Persönlichkeit. Der Faktor Arbeit vermag diese Entwicklung entscheidend zu fördern, ohne daß er über die Position einer sehr erwünschten Begleiterscheinung in einem umfassenden Reha-Geschehen hinauswachsen darf[533].

Beachtet man den Stellenwert, den das Grundgesetz der Würde des Menschen verliehen hat, bezieht man zudem die aus ihr fliessenden Grundrechte der persönlichen Unversehrtheit - Art. 2 I, II GG - in die Betrachtung mit ein, so wird deutlich , daß unsere Grundordnung personale Werte entschieden stärker schützt als Sachwerte. In dieser Aussage unserer Verfassung ist der in § 7 Reha-AngleichungsG zum ersten Mal ausgesprochene Grundsatz "Reha vor Rente" verankert. Nicht der materielle Ausgleich erlittener Beeinträchtigungen ist zunächst erstrebenswert. Eine effektive Persönlichkeitsentfaltung wird entscheidend durch körperliche, geistige und seelische Gesundheit ermöglicht, welche die biologische Voraussetzung zur Wahrnehmung aller anderen Grundrecht bildet[534].

Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die von Art. 2 I GG als Ausfluß des Menschenwürdegedankens geschützte freie Entfaltung der Persönlichkeit besitzt das präventive, der Gesunderhaltung dienende Handeln aller Sozialleistungsträger. Die Vorbeugung setzt bereits ein, bevor eine Reha

---

533) Vogt, a.a.O., S. 1; Grieshammer, Die Praxis der Umschulung, in: Rehabilitation von Behinderten in Deutschland, S. 250 (254); Wiedemann, Berufliche Rehabilitation und Industriegesellschaft, AuSozR 71, 150 (151).

534) Hesse, Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, S. 150; Kastner, Rehabilitation - Die neue Aufgabe der Krankenversicherung, OKK 74, 785.

erforderlich wird und gewährleistet damit die Erhaltung der ursprünglich vorhandenen Basis zur Verwirklichung der persönlichen Freiheit optimal[535].

2) Rehabilitation und Sozialstaatsprinzip

Das in Art. 20 II, 28 I GG fundierte Sozialstaatsprinzip ist die für den Reha-Bereich aussagekräftigste Staatszielbestimmung des Grundgesetzes.

Nachdem es nach Erlaß der Verfassung noch als "substanzloser Blankettbegriff" gedeutet worden war und ihm jede Rechtsqualität abgesprochen wurde[536], wandelte sich seine Bewertung allmählich. Zum nach wie vor betonten ethischen Aspekt gesellte sich ein politischer und juristischer[537]. Vom juristischen Programmsatz[538] wurde das Sozialstaatsprinzip zur Verpflichtung und zum Leistungsauftrag an den Gesetzgeber[539]. Auch Verwaltung und Rechtsprechung müssen ihre Tätigkeit nach seinen Anforderungen ausrichten[540]. Schließlich dehnte sich sozialstaatliches Gedankengut, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, auf gesellschaftliche Bereiche aus[541] und mußte seine Forderungen den

---

535) Rohde, Vorausschauende Sozialpolitik unter besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung, OKK 70, 409 (410).

536) Forsthoff, Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaats, VVdStRl 12, 8 (34-35); Grewe, Bundesstaatliches System des Grundgesetzes, DRZ 49, 349.

537) Vgl. die Literaturhinweise bei Reuß, a.a.O., S. 8-9, die eine hervorragende Übersicht über die Literatur zum Sozialstaatsprinzip bis 1960 geben; Menzel, Die Sozialstaatlichkeit als Verfassungsprinzip, DöV 72, 537 (539-541).

538) Vgl. die Literatur bei Reuß, Jantz, a.a.O.

539) Bachof, Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates, VVdStRl 12, 37 (80); Martens Grundrechte im Leistungsstaat, VVdStRl 30, 7 (31); Badura, Auftrag und Grenzen der Verwaltung im sozialen Rechtsstaat, DöV 68, 446 (449); Hamann-Lenz, Das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, S. 64; Maunz, Deutsches Staatsrecht S. 75-76; Stern, Sozialstaat, in: Evangelisches Staatslexikon, Spalte 2407.

540) Bachof, a.a.O., S. 80; Hesse, a.a.O., S. 86; Schnapp, in: Grundgesetz-Kommentar, hrsg. von von Münch, S. 628.

541) So schon Menger, Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaats, S. 29; vgl. die noch immer nicht ausdiskutierte Kontroverse zur Drittwirkung der Grundrechte.

Bedürfnissen des jeweils beeinflußten Bereichs anpassen.

Das Verlangen nach staatlicher Unterstützung für sozial schwache Personenkreise ist noch ein sehr allgemeiner Punkt[542], wenn diese Aussage auch teilweise sehr stark aufgespalten und auf spezielle gesetzgeberische Ziele wie Rehabilitation, Resozialisierung, Gesundheitspolitik oder Sozialhilfe erstreckt wird[543].

Damit sind für die Reha wesentliche Gebiete angesprochen, deren Bestand heute durch das Sozialstaatsprinzip zumindest in den Kernbereichen als verfassungsrechtlich garantiert gilt[544]. Zwar bestehen im Detail Bedenken, ob man von einer Garantie der Grundstrukturen des Systems sozialer Sicherung sprechen soll oder ob ein soziales Rückschrittsverbot nicht bessere Dienste leisten könnte als eine institutionelle Garantie[545]. Vereinzelt wird eine Garantie auch abgelehnt, da sie die Offenheit des Systems berühre[546]. Im Ergebnis besteht jedoch Übereinstimmung.

Ein weiterer, besonders für Behinderte fruchtbar zu machender Grundsatz ist das heute aus einem Zusammensehen von Art. 3 I und 20 II GG entwickelte Postulat sozialer Startchancengleichheit[547]. Diese Verbindung soll einerseits zu einer materiellen Auffüllung des Gleichheitssatzes führen,

---

542) Schnapp, a.a.O., S. 628; Suhr, Rechtsstaatlichkeit und Sozialstaatlichkeit, Der Staat 1970, 67 (92) und Stern a.a.O., Spalte 2410, die jedoch aus dieser Verpflichtung keinen Grundsatz "in dubio pro paupere" ableiten wollen; Menger, a.a.O., S. 29.

543) Stern, a.a.O., Spalte 2407-2408; für die Reha Ehmke, Rehabilitation - Auftrag und Verpflichtung, Die Praxis 70, 386 (389).

544) Weber, Die verfassungsrechtlichen Grenzen sozialstaatlicher Forderungen, Der Staat 1965, 409 (415-416); Hesse, a.a.O., S. 86; Stern, a.a.O., Spalte 2407.

545) Suhr, a.a.O., S. 92.

546) Harald Bogs, Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, S. 622.

547) Häberle, Grundrechte im Leistungsstaat, VVdStRl 30, 43 (96 f); Maunz-Dürig-Herzog, Grundgesetz, Art. 3 I Anm. 91, 97; Zacher, Soziale Gleichheit, zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu Gleichheitssatz und Sozialstaatsprinzip, AöR 93, 341 (382 f); zur Interdependenz von Art. 3 I/20 II GG schon Bachof, a.a.O., S. 80.

andererseits bietet sie die Möglichkeit, dem Sozialstaatsprinzip neue Wirkungskreise zu erschliessen. Den Rehabilitanden, die durch ihre Beschädigung regelmäßig in ihrer Entfaltung beeinträchtigt sind, hilft diese Auslegung. Denn zur Erzielung der von Art. 3 I, 20 II GG geforderten sozialen Gleichheit bedarf es einer die formale Gleichheit aller Bürger überwindenden Sonderförderung dieser Gruppe, um ihr materiell gleichwertige Integrationschancen zu eröffnen.

3) Art. 12 GG und berufliche Eingliederung

Schließlich muß Art. 12 GG in seinen Auswirkungen auf eine berufliche Reha erkannt werden. Er gewährt zwar kein Grundrecht auf Arbeit, wie dies fälschlicherweise oft formuliert wird[548]. Nicht einmal die vom SchwerbehindertenG Begünstigten erhalten einen Einstellungsanspruch gegen irgendeinen Arbeitgeber qua lege. Diese Forderung entsteht immer erst nach Abschluß eines Arbeitsvertrages gegenüber dem dann gebundenen Arbeitgeber[549].

Art. 12 GG fordert jedoch vom Gesetzgeber, daß er die Arbeitslosigkeit bekämpft[550] und damit auch arbeitsfähige Behinderte bei ihrem Eintritt ins Berufsleben unterstützt. Der im Grundrecht der Berufsfreiheit enthaltene Schutzauftrag zur Erhaltung der Arbeitskraft[551] verpflichtet den Staat zu besonderen Vorsorgemaßnahmen zugunsten der Behinderten, deren meist mühsam wiedererworbene Arbeitsfähigkeit im Konkurrenzkampf mit Gesunden außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt ist.

---

548) z.B. Neubert, Becker, Schwerbehindertengesetz, S. 54.
549) Maunz-Dürig-Herzog, Grundgesetz, Art. 12 Anm. 104; Neubert, Becker, Schwerbehindertengesetz, S. 87 zu § 4.
550) Maunz-Dürig-Herzog, Grundgesetz, Art. 12 Anm. 204 unter Hinweis auf Art. 20 II GG.
551) Häberle, a.a.O., S. 93.

4) Grundrecht auf Rehabilitation

Von einem speziellen, grundgesetzlich gewährleisteten Recht auf Reha war bisher nicht die Rede. Die jeweils relevanten Artikel des Grundgesetzes vermögen nur einzelne, wenn auch oft sehr bedeutsame Teilaussagen zu diesem Instrument der Sozialpolitik beizutragen.

Wollte man ein Grundrecht auf Reha für jeden Behinderten herleiten, das ihm über den unterverfassungsrechtlich garantierten Rahmen hinausgehende Ansprüche auf eine optimale Integration in die Gesellschaft bietet, so würde man in den Bereich sozialer Grundrechte[552] hinübergleiten. Konstruktiv könnte man einen solchen Anspruch auf eine Verbindung der Einzelaussagen aus Art. 1 I, 2 I, II GG stützen.

Diese Bruchstücke würden mit Hilfe des Sozialstaatsprinzips verbunden, das wiederum über Art. 3 I GG speziell für Behinderte inhaltlich aufzufüllen wäre.

Dieser Ansatz ist für den Bereich der Reha, soweit ersichtlich, bisher nicht verfolgt worden. Er hat aber auf anderen Sektoren zur Herleitung eines subjektiven öffentlichen Rechts auf Bildung aus Art. 20 II, 28 GG[553] oder gleichartiger Ansprüche auf das Existenzminimum in Form einer optimalen ärztlichen Versorgung aus Art. 2 II, 20 GG geführt[554].

Die Schwächen sozialer Grundrechte sind jedoch unverkennbar. Sie sind inhaltlich kaum genügend konkretisierbar, um Eingang in eine Verfassung finden zu können[555]. Oft degenerieren sie auf diese Weise zu unverbindlichen Phrasen.

---

552) Zum Begriff Brunner, Die Problematik der sozialen Grundrechte, S. 12 ff; Zacher, Sozialpolitik und Menschenrechte in der Bundesrepublik Deutschland, S. 29 ff.

553) Abelein, Recht auf Bildung, DöV 67, 375 (377-379); ein ähnliches Recht auf Begabtenförderung leitet Darmstaedter, Der Wohlfahrtsstaat und das soziale Grundrecht, in: Festschrift für Emge, S. 12 (17-19) her.

554) Schwabe, Krankenversorgung und Verfassungsrecht, NJW 69, 2274 (2275).

555) Brunner, a.a.O., S. 12-17; der dort weitere einer Realisierung sozialer Grundrechte entgegenstehende Gesichtspunkte vorträgt; Zacher, a.a.O., S. 29.

Die gleiche Wirkung würde man erzielen, wollte man ein "soziales" Grundrecht auf Reha in die zitierten Verfassungsbestimmungen hineininterpretieren, das nicht genügend ausgeformt wäre und damit für den Einzelnen in keiner Form durchsetzbare Rechte gewähren würde. Ein subjektives öffentliches Recht auf Reha im Sinne eines sozialen Grundrechtes muß folglich verneint werden.

Diesen Bedenken ist ein Recht auf Reha nicht ausgesetzt, das in seinem Anspruchscharakter nicht über die im unterverfassungsrechtlichen Raum ausgeformten Leistungspflichten der Sozialleistungsträger hinausgeht[556]. Verfassungsrechtlich ist diese Position anzureichern, indem der jetzige Bestand an Reha-Regelungen zugunsten der Behinderten mit einem umfassenden Rückschrittsverbot aus Art. 20 II GG belegt wird[557]. Dies bedeutet keineswegs ein Verbot formeller, beispielsweise in den institutionellen Aufbau des Systems eingreifender Veränderungen. Leistungsverschlechterungen materieller Natur sind dadurch aber nur begrenzt zugelassen.

Wenn man überhaupt von einem "Grundrecht auf Reha" sprechen will, sollte man dabei bedenken, daß es sich um keine Anspruchsgrundlage außerhalb der bestehenden Gesetze handelt. Man kann damit allenfalls die Verpflichtung des Staates zur Realisierung sozialer Startchancengleichheit, zum Ausbau eines Systems der Reha sowie ein Verbot sozialen Rückschritts bezeichnen.

---

556) So Bernhardt, Der behinderte Mensch und das Verfassungsrecht, NDV 67, 290 (292); die gleiche Konstruktion wählt Rupp, Die verfassungsrechtliche Seite des Umweltschutzes, JZ 71, 401 ff für sein Grundrecht auf Umweltschutz; differenzierend insoweit Maunz-Dürig-Herzog, Grundgesetz, Art. 3 I Anm. 79 und Häberle, a.a.O., S. 91; kritisch zu dieser Methode mit weiteren Literaturhinweisen Martens, a.a.O., S. 26, 28, 31.

557) Entsprechend dem Grundgedanken von Suhr, Rechtsstaatlichkeit und Sozialstaatlichkeit, Der Staat 1970, 67 (92).

II) Gefahren für die persönliche Freiheit

1) Rehabilitation und Versorgungsstaat

Ein System der Reha würde in vollendeter Ausführung alle Bürger einbeziehen, um ihnen bei Bedarf sämtliche, eine gelungene Eingliederung sicherstellende Hilfen zuteil werden zu lassen.

Damit wird das Problem der totalen wohlfahrtsstaatlichen Versorgung angesprochen, in dem das Subsidiaritätsprinzip[558] nur ungenügende Beachtung findet. Die Beseitigung jenes Grundsatzes ist in der Reha indessen nur schwer möglich. Der Subsidiaritätsgedanke fordert, daß die Sicherung der persönlichen Existenz nicht grundlos dem Einzelnen vom Staat abgenommen wird. Die staatlichen Aktivitäten in der Behindertenbetreuung sind allerdings wohlbegründet. Eine eigenverantwortliche Sicherung gegen die von der Reha abgedeckten Schicksalsfälle bleibt in aller Regel unmöglich.

Der Hinweis auf eine totale Staatsversorgung stellt das eigentliche Anliegen des Integrationsprozesses auf den Kopf. "Endprodukt" einer jeden Reha sollte der sich selbst versorgende Bürger sein, dessen Unterhalt keine staatlichen Mittel verschlingt. Daß in Detailproblemen die versorgungsstaatliche Komponente zum Tragen kommen kann, soll nicht geleugnet werden. Zu erinnern ist beispielsweise an das Stichwort "Behindertenrente"[559].

2) Freiheit und Bindung durch die Rehabilitations-Gesetzgebung

Sehr ernst muß man dagegen das Problem des Verlustes an persönlicher Freiheit nehmen[560]. Grundsätzlich erlangt der Bürger durch die Normierung seiner Rechte und Pflichten auch die "Freiheit durch das Gesetz" in Form der Rechtssicherheit.

---

558) Näheres zum Subsidiaritätsprinzip bei Wannagath, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, S. 177-178.
559) Dazu S. 151.
560) Dazu speziell fürs Sozialrecht BVerfGE 22, 180 (219-220).

Dies gilt insbesondere für die Sozialgesetzgebung, wo dem Einzelnen in den letzten Jahrzehnten zunehmend subjektive Rechte gegenüber dem Staat eingeräumt wurden, die seiner Stellung als eigenverantwortlichem Subjekt gesellschaftlichen und staatlichen Lebens entsprechen[561].

Mit der abschließenden gesetzlichen Erfassung eines Gebietes kann aber immer ein Verlust an persönlicher Freiheit verbunden sein. Dies gilt insbesondere für die Reha, die eine totale Einbeziehung vieler Bürger in staatliche Institutionen, wenn auch nur für begrenzte Zeit, erfordert.

Hält man sich vor Augen, daß auch präventive Aufgaben diesem Bereich zuzurechnen sind[562], so wird deutlich, daß grundsätzlich jedermann den unmittelbaren Auswirkungen staatlicher Gesundheitspolitik unterliegt. Das Funktionieren wirtschaftlichen und staatlichen Lebens setzt die Teilnahme möglichst aller Erwerbsfähiger am Arbeitsprozeß voraus, was wiederum einen guten Gesundheitszustand dieses Personenkreises erfordert. Damit wird die individuelle Gesundheit zum staatlichen Problem, das er auf verschiedenste Weise zu bewältigen versucht[563].

Bisher praktizierte Methoden können generell als zulässig angesehen werden, da sie - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - grundsätzlich die letzte Entscheidung über die Inanspruchnahme staatlicher Hilfen dem Einzelnen überlassen. Das gilt auch noch für die immer wichtiger werdende Gesundheitserziehung, deren Aufgabe es ist, dem Bürger seine Möglichkeiten gesunder Lebensführung im weitesten Sinne bewußt zu machen, ihm insbesondere staatliche Hilfen aufzuzeigen und näherzubringen.

---

562) Zum Verhältnis von Reha und Prävention auf S.36,37,41.

561) Fleckenstein, Gesundheitsvorsorge durch ärztliche Maßnahmen - Forderung der Gesellschaft und Gegenstand staatlicher Rechtsordnung, in: Recht und Staat S. 207 (213 ff); Häussler, Die Früherkennung von Krankheiten, in: Gesundheit und Solidarität, S. 56 (58-63); Hülsmann, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, ebenda, S. 64 (68-70).

563) Dazu Koke, Rehabilitation und Krankenversicherung, KV 68, 280 (281); Kruse, Betreuungs- und Beratungsdienst soll Lücken in der Gesundheitssicherung schließen, ZSR 75, 346 (350).

Daß die Gesundheit des Individuums längst keine Privatsache mehr ist, sich vielmehr zu einem Gegenstand gesamtgesellschaftlicher Aktivitäten und Bedeutung entwickelt hat, entsprach den unabdingbaren Erfordernissen. Es heißt jedoch aufzupassen, daß nicht mit unlauteren Methoden psychologische Beeinflussung praktiziert wird, die den Bürger doch zum Objekt staatlicher Gesundheitspolitik macht[564]. Der hier eröffnete Spielraum wird jedenfalls überschritten, sobald staatliche Verordnung individuelle Entscheidungsfreiheit ablöst.

III) Möglichkeiten der Freiheitssicherung

1) Das Mitwirkungserfordernis

Die Gefahr, daß der Mensch vom Reha-System vollkommen vereinnahmt wird, ist bei dessen fortschreitendem Ausbau groß. Andererseits ist mit dieser Ausweitung gleichzeitig eine Differenzierung und Verfeinerung des Reha-Vorganges selbst verbunden. Dies führt wiederum unter Beachtung der rechtlich neu strukturierten Position der Hilfebedürftigen zur Forderung nach verstärkter Mitarbeit der Behinderten[565]. Der immer komplexere Reha-Prozeß kann nur erfolgversprechend gesteuert werden, wenn der Rehabilitand nicht als Objekt, sondern als tatkräftiger Mitträger der Maßnahmen verstanden wird. Er muß in Einzelheiten des Verfahrens eingeweiht werden, um seine Rolle spielen zu können. Allein das Erfordernis aktiver Teilnahme des Betreuten sollte ausreichende Gewähr für eine kooperative Ausrichtung des Verfahrens bieten.

---

564) Bauer, Der gesunde Mensch in der Zukunft, planend oder geplant, OKK 71, 820-823.

565) Die Mitarbeit der Behinderten behandelt neuerdings § 4 I 2 Reha-AngleichungsG; dazu Jung, Preuß, Rehabilitation - Die Angleichung der Leistungen - Kommentar zum Rehabilitationsangleichungsgesetz, S. 139; umfassend schon Scharmann, Die Mitwirkung des Behinderten bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, in: Sozialreform und Sozialrecht, S. 317 (331-332).

2) Die Versagungsbestimmungen

Dennoch benötigen die Reha-Träger ein Instrument, um untragbare Auswüchse im System zu verhindern. Der in § 7 I Reha-AngleichungsG normierte Grundsatz "Reha vor Rente" fordert, daß ein notwendiges und zumutbares Eingliederungsverfahren auch durchgeführt wird. Die Gemeinschaft der Versicherten und Steuerzahler soll nicht durch Zahlung von Renten belastet werden, die in zumutbarer Weise im Wege der Reintegration des Behinderten zu verhindern sind[566]. Die Austragung dieses Interessengegensatzes findet im Rahmen der Versagungsbestimmungen statt, die heute für die meisten Sozialleistungsträger in den §§ 60 - 67 SGB - Allgemeiner Teil geregelt sind. Dies ist einer der neuralgischen Punkte, an denen sich das Schicksal persönlicher Freiheit im Reha-System entscheiden muß. Eine bedenkenlose und überharte Anwendung folgender Normen durch die Reha-Träger kann die Möglichkeiten persönlicher Entscheidungsfreiheit zunehmend zerstören.

§ 185 VII RVO sieht für den Bereich der Krankenversicherung den Entzug des Krankengeldes vor, wenn der Versicherte nach ärztlichem Urteil als erwerbsunfähig anzusehen ist, er aber innerhalb einer Frist von 10 Wochen keinen Antrag auf Maßnahmen zur Reha bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung stellt[567].

Die Versagungsbestimmungen der übrigen Reha-Träger wurden durch die §§ 60 ff des SGB - Allgemeiner Teil vereinheitlicht, die an ihre Stelle traten.

§§ 62, 63 SGB - Allgemeiner Teil bestimmen nunmehr, daß Behinderte sich einer Heilbehandlung beziehungsweise einer berufsfördernden Maßnahme unterziehen sollen, wenn dadurch ihre Gesundheitszustand oder ihre Erwerbsfähigkeit bzw. ihre Vermittlungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt erhalten oder verbessert werden kann.

---

566) Zöllner, Rehabilitation und Prävention, S. 21-22.
567) Jung, Preuß, a.a.O., S. 140.

Diese Mitwirkungspflichten bestehen nach dem § 62 Abs. 1 SGB - Allgemeiner Teil jedoch nur im Rahmen der Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit.

§ 66 Abs. 2 SGB - Allgemeiner Teil erlaubt dem Träger, die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise zu versagen oder zu entziehen, wenn anzunehmen ist, daß durch die fehlende Mitwirkung die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird.

Der Ausnahmecharakter dieser Leistungsverweigerungsnormen wird deutlich, wenn sie eine Versagung nur nach Ablauf eines exakt festgelegten Verfahrens zulassen. Vor Versagung oder Entziehung einer Leistung muß der Empfänger auf diese Folge gemäß § 66 Abs. III SGB-Allgemeiner Teil zunächst hingewiesen werden, bevor ihm schließlich eine angemessene Frist zu gewähren ist, während der er seine Mitwirkung nachholen kann[568].

Die zentrale Frage nach den Kriterien der Zumutbarkeit einer Behandlung oder Untersuchung ist entsprechend den in § 65 II SGB-Allgemeiner Teil neu formulierten Richtlinien zu beurteilen. Danach sind Behandlungen und Untersuchungen nicht ohne weiteres zumutbar

- bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die mit hoher Wahrscheinlichkeit erhebliche Schmerzen verursachen
- oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Unter Berücksichtigung dieser Anforderungen dürfte die Regelung keinen aus dem Menschenwürdegehalt oder dem Sozialstaatsgebot ableitbaren Bedenken unterliegen[569].

---

568) Einzelheiten zum alten Rechtszustand bei Heinze, Rentenversagung bei verweigerter Rehabilitation, AV 65, 225-227 und RV 66, 31-33.

569) Wilke, Wunderlich, a.a.O., S. 488; Brackmann, a.a.O., Band 2, S. 604 g; Bedenken für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung äußern Dersch u.a., Gesamtkommentar, § 624 Anm. 1.

Die grundsätzlich ins Ermessen der Träger gestellte Versagung erlaubt zudem ein Abwägen der Interessen des Individuums gegenüber denen der Versichertengemeinschaft im Einzelfall[570]. Dennoch sollte sich die Sozialverwaltung der mit einer Perfektionierung der Reha-Bestrebungen verbundenen Gefahren für die persönliche Freiheit des Rehabilitanden bewußt bleiben. Prinzipiell muß sie bestrebt bleiben, nicht zum Zwangsmittel[571] der Leistungsverweigerung zu greifen, da mit diesem Instrument die Freiwilligkeit des Engagements niemals erreichbar ist, die Grundlage jeder Eingliederung sein soll und sein muß[572].

3) Institutionelle Mechanismen

Neben dem individuellen Mitwirkungserfordernis können auch institutionelle Mechanismen persönliche Freiräume sichern helfen. Die unter kooperativem Aspekt problematische Aufspaltung des Reha-Systems in der Bundesrepublik[573] zeigt hier ihre Vorteile. Eine Übertragung der Kompetenzen auf viele Institutionen - auch nicht staatlicher Natur[574] - verhindert das Übermächtigwerden einer Mammutbehörde. Das Zusammenwirken der Träger sowie die gegenseitige Kontrolle können zu einem zwangsfreieren Verlauf des Einzelverfahrens beitragen, mögen sie auch in anderem Zusammenhang wesentliche Nachteile für die Rehabilitanden bewirken.

In der bisherigen Untersuchung ist eine "Institution" in der Darstellung zu kurz gekommen. Bisher ging es um staatliche Hilfen und Organisationen der Gemeinschaft. Die Rolle der Eltern und anderer dem Behinderten nahestehender Personen blieb unerörtert. Dabei kann kein staatliches Reha-System funktionieren, ohne daß diese Gruppe nicht entscheidende Hilfestellung leistet.

---

570) Brackmann, a.a.O., Band 2, S. 606, Band 3, S. 666 k; Knopp-Fichtner, Bundessozialhilfegesetz, § 64 Anm. 9-11.
571) Diese Normen besitzen Zwangs- aber keinen Strafcharakter, Brackmann, a.a.O., Band 2, S. 604 a.
572) Vogt, a.a.O., S. 45, 53.
573) Dazu S. 118-120.
574) Die Position freier Wohlfahrtsverbände in unserer Sozialordnung wurde nachdrücklich vom BVerfGE 22, 180 (204) unterstrichen.

Wie bereits gezeigt wurde, verlor die Familie mit zunehmender Industrialisierung ihre Funktion als Betreuer der Behinderten, in der sie umfassend versorgt wurden und wo sie sich wohl fühlen konnten. Betrachtet man gerade die in dieser Arbeit untersuchten Neuregelungen auf dem Gebiet der Reha, so muß man zu der Feststellung gelangen, daß sich die Tendenz der Verdrängung familiärer Fürsorge durch staatliche Reha unverändert, ja sogar beschleunigt fortgesetzt hat. Man darf hier indessen nicht zu pauschal urteilen, denn es gibt durchaus Gebiete, auf denen versucht wird, die private Initiative zu erhalten oder neu zu wecken, da eine staatliche Versorgung für diese Bereiche entweder unpraktikabel oder finanziell untragbar sind.

Von besonderer Bedeutung ist eine intensive Betreuung vor allem für die Gruppen der behinderten Kinder und der Erwachsenen, die am allgemeinen Erwerbsleben nicht teilnehmen können, deren Schädigungen aber nicht so ausgeprägt sind, daß sie als bloße "Verwahrungsfälle" gelten können. Für diese Aufgabe eignet sich am besten ein Familienmitglied, denn Grundvoraussetzung für eine intensive Betreuung ist weniger ein finanzielles, als vielmehr ein ideelles Interesse am Wohlergehen des Behinderten.Und dieses ideelle Interesse kann auch heute noch im Familienvervand eher erwartet werden, als in staatlichen Institutionen. Die Familie kennt den Behinderten besser als alle Behörden, weiß um seine Sorgen und Nöte und kann ihn individuell betreuen. Jeder Eingliederungsprozeß muß sich dieses Wissens bedienen. Er muß versuchen, diese Personen auch fachlich zu interessieren und zu informieren, um sie als verlängerten Arm staatlicher Reha zu gewinnen[575].

---

575) Klee, Behindertenreport, S. 40; Landesplan für Behinderte in Rheinland-Pfalz, S. 29; Groß, Zur Rehabilitation behinderter Kinder und Jugendlicher, S. 42, 48; Speck, Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder, in: Sozialpädagogik 1 - Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung, S. 141.

Der Gesetzgeber hat gezeigt, daß er willens ist, diese Aktivitäten verstärkt zu unterstützen[576]. Die Erhöhung des zukünftig dynamisierten Pflegegeldes und die Übernahme der Kosten für die Altersversicherungs des Pflegepersonals sind Beispiele für diese Bestrebungen aus dem 3. Änderungsgesetz zum BSHG.[577] Die Schaffung von Landesblinden- oder Landespflegegeldgesetzen weist in die gleiche Richtung[578]. Damit werden Anreize gegeben, um die nach wie vor bestehenden familiären Bindungen zu aktivieren, um solche Behinderten zu betreuen, die sich weder weitgehend selbst versorgen können noch als bloße "Verwahrfälle" auch von staatlichen Organisationen versorgt werden können. Der Bestrebung der Industriegesellschaft, alle verfügbaren Arbeitskräfte in den Produktionsprozeß einzuspannen, soll mit diesen Leistungen entgegengewirkt werden.

Damit wird gleichzeitig eine Einbruchstelle systemfremder Elemente geschaffen und das Übermächtigwerden des Reha-Systems erschwert. Denn um eine optimale Reha auch dieser behinderten Kreise anzustreben, muß das Verhältnis zwischen familiären Betreuungskräften und staatlichen Organisationen nicht konfrontativ, sondern kooperativ beschaffen sein. Den Interessen beider Seiten muß Rechnung getragen werden, was insbesondere im Hinblick auf das Reha-System heißt, daß über diese Pflegekräfte die unmittelbaren Interessen der Behinderten in staatliche Organisationen einfließen und deren Erstarrung verhindern können.

---

576) Jochheim, Wodurch kann die Gesellschaft das Leben Behinderter in der Familie erleichtern ? in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1969/70, S. 113-114 weist auf eine Tendenzwende hin: Seit der Mitte dieses Jahrhunderts erkennt man zunehmend die Bedeutung familiärer Betreuung, nachdem in den Jahrzehnten vorher der Trend zur staatlichen Versorgung neigte.

577) Vgl. dazu S. 105.

578) Vgl. dazu S. 147.

4) Der "Ombudsman" für Behinderte

Neben den bisher dargestellten Möglichkeiten soll abschließend auf eine noch zu schaffende Figur im Eingliederungsbereich eingegangen werden, den "Ombudsman" oder Landesbeauftragten für das Reha-Wesen. Diese Institution ist nichts prinzipiell Neues. Es gibt sie bereits für die Bundeswehr, für bestimmte Bereiche der Presse, für Krankenhäuser und als Bürgerbeauftragte in Rheinland-Pfalz[579].

In Hessen wurde dieser Vorschlag bereits auf ministerieller Ebene diskutiert, wenn auch im Ergebnis abgelehnt. Der dort angesprochene Landesbeauftragte für das Rehabilitationswesen sollte folgenden Funktionen wahrnehmen:[580]

- Koordination zwischen den Reha-Trägern und den Einrichtungen
- Anregung des Ausbaues von Einrichtungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Beratung der Behinderten, insbesondere beim Verkehr mit Reha-Trägern.

Damit hätte man in der Tat ein weiteres Koordinierungsinstrument in einer unübersehbaren Vielzahl ähnlicher Organisationen geschaffen und dem einzelnen Rehabilitanden kaum einen Dienst erwiesen. Ein solcher "Superkoordinator"[581] würde niemandem weiterhelfen.

Der "Ombudsman" für Behinderte muß gerade außerhalb des eigentlichen Reha-Systems angesiedelt werden, um die Interessen der Behinderten wirksam gegen das System vertreten zu können. Dabei sollte er unmittelbar dem Parlament zugeordnet werden, um die zahlreichen Mißstände im Reha-Wesen dort unmittelbar zur Sprache zu bringen[582].

---

579) Dörrie, Neuregelungen in der Rehabilitation und Aspekte für die Zukunft, in: Sozialhilfe und Rehabilitation, S. 23 (28).
580) Hessischer Sozialminister, Rehabilitation - Eine Aufgabe sozialer Daseinsvorsorge, S. 53 ff.
581) Den Ausdruck verwendet Dörrie, a.a.O.
582) Weitere, jedoch nicht so wirkungsvolle Möglichkeiten der Zuordnung und Gestaltung der Institution "Ombudsman" behandelt Dörrie,a.a.O., S. 38.

Es geht nicht darum, ihm gesetzliche Einflußmöglichkeiten auf das System zuzubilligen. Er soll als "Klagemauer" der im Gesamtgefüge der Reha gescheiterten oder vom Scheitern bedrohten Behinderten fungieren, soll kraft seiner Beziehungen zu Parlament und Medien öffentlicher Meinungsbildung unbürokratische Hilfe leisten, die meist wirksamer ist als der viel beschworene Dienstweg oder die Rechtsverfolgung vor Gericht.

Diese Persönlichkeit könnte dazu beitragen, daß der Behinderte nicht von einem Expertenteam nur noch definiert, abstrahiert und allein durch die Tatsache seiner Behinderung wahrgenommen wird. Reha darf den Betroffenen nicht zum "homo rehabiliticus"[583] degradieren. Reha heißt immer Reindividualisierung. Abstraktion ist zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse notwendig. Juristische Dogmatik läßt sich nur auf diesem Wege erarbeiten.

Letztlich muß sich aber jeder Mitarbeiter auf dem weiten Sektor der Reha dessen bewußt bleiben, daß das Interesse des einzelnen Rehabilitanden an einer Aufnahme in die Gesellschaft im Mittelpunkt steht und daß all seine Bemühungen, seien sie nun geistiger oder praktischer Art, allein dazu dienen, den Behinderten nicht zum Zaungast des Lebens werden zu lassen.

---

583) Dörrie, a.a.O., S. 50.

L E B E N S L A U F

Am 11. September 1951 wurde ich als Sohn des Schlossers Hermann Peter und seiner Ehefrau Martha in Übernthal/Dillkreis geboren.

Zu Ostern 1958 wurde ich in die Volksschule in Übernthal aufgenommen, von wo ich 1962 auf das Johanneum Gymnasium nach Herborn/Dillkreis überwechselte. Dort legte ich im Frühjahr 1970 das Abitur ab.

Mit dem Wintersemester 1970/71 nahm ich das Studium der Rechtswissenschaften an der Philipps-Universität in Marburg auf, das ich im Februar 1975 mit dem 1. juristischen Staatsexamen abschloß.
Nach Ableistung der Referendarzeit in Gießen und Friedberg legte ich im Oktober 1978 das 2. juristische Staatsexamen ab.
Seit Oktober 1978 bin ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Philipps-Universität in Marburg beschäftigt.

Bernd Peter